VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **Komisji Gospodarki i Rozwoju (nr 61)**
- **Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej (nr 98)**
- **Komisji Zdrowia (nr 63)**

z dnia 22 lutego 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Gospodarki i Rozwoju (nr 61)

Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej (nr 98)

Komisji Zdrowia (nr 63)

22 lutego 2017 r.

Komisje: Gospodarki i Rozwoju, Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej oraz Zdrowia, obradujące pod przewodnictwem posłów: **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, i **Jerzego Meysztowicza (N)**, przewodniczącego Komisji Gospodarki i Rozwoju, na posiedzeniu zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu na wniosek grupy posłów, zrealizowały następujący porządek dzienny:

– „Przedstawienie przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła informacji dotyczącej skutków planowanej reformy w opiece zdrowotnej, wprowadzającej rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Gryza** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Andrzej Jacyna** p.o. prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Kochanowicz-Skoczek** specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Aurelia Ostrowska** dyrektor Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Administracji i Spraw Wewnętrznych, **Jan Staniłko** dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Rozwoju, **Arkadiusz Witkowski** szef Wydziału Nadzoru Właścicielskiego w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Katarzyna Adamek** prezes Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., **Lucyna Bożek** główny specjalista w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, **Paweł Buszman** prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca, **Krzysztof Milewski** i **Aleksander Żurakowski** członkowie Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych, **Grzegorz Byszewski** i **Maciej Siwiec** eksperci Pracodawców RP, **Bożena Capek** dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor Biura w Naczelnej Izbie Lekarskiej ze współpracownikiem, **Grzegorz Gałuszka** radny Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego, **Renata Górna** radca w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych, **Marek Jeziorski** przewodniczący Rady Nadzorczej Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Longina Kaczmarska** członek Prezydium FZZ, **Karolina Kamecka** manager Medical Magnus Clinic Sp. z o.o. wraz ze współpracownikiem, **Roman Kolek** wicemarszałek Województwa Opolskiego, **Anna Kondrakowicz** prawnik Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Elżbieta Kozak** prezes Lubuskiego Centrum Ortopedii w Świebodzinie im. dr Lecha Wierusza Sp. z o.o., **Anna Kupiecka** prezes Fundacji „OnkoCafe-Razem Lepiej” **Barbara Kwiatkowska** zastępca dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego ze współpracownikiem, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich ze współpracownikiem, **Zofia Małas** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem, **Joanna Maruszczyk** dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kłobucku, **Agnieszka Michalczuk-Kościk** specjalista w Polskim Związku Głuchych, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Anna Nocuń** dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Świętokrzyskiego, **Mariusz Nowak** dyrektor

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność", **Maciej Piróg** doradca Konfederacji Lewiatan, **Czesław Pływawko** dyrektor Szpitala Śląskiego w Cieszynie, **Grzegorz Stachacz** public affairs manager Medicover Sp. z o.o., **Maciej Sytek** dyrektor Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego, **Grzegorz Szpyrka** dyrektor Chrzanowskiego Centrum Pediatrii i Onkologii ze współpracownikiem, **Barbara Szubert** dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu, **Cezary Tomiczek** prezes Śląskiego Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. J. Ziętka w Ustroniu, **Piotr Trybalski** wiceprezes Zarządu Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ, **Wojciech Trzaska** p.o. dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podkarpackiego, **Ryszard Wasiński** dyrektor Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego, **Wojciech Wiśniewski** rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA, **Grzegorz Wrona** naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej Naczelnej Rady Lekarskiej, **Tomasz Wróblewski** dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubuskiego oraz **Elżbieta Żarlok** kierownik w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym, Szpitalu Opieki Długoterminowej, senator **Tomasz Grodzki**, **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji Zdrowia,

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Katarzyna Gadecka**, **Longina Grzegrzułka**, **Sławomir Jakubczak**, **Magdalena Jedynak**, **Dariusz Myrcha**, **Jolanta Osiak**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatów Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia, Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej oraz Gospodarki i Rozwoju. Proszę państwa, bardzo proszę o ciszę na sali. Panie i panowie posłowie… Panie pośle Sowa. Czy poseł Sowa mnie słyszy? Dziękuję. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Ten przepisu regulaminu stanowi, że na pisemny wniosek 1/3 posłów, członków komisji – w tym przypadku, każdej z Komisji – przewodniczący komisji są zobowiązani zwołać posiedzenie komisji w terminie do 30 dnia od dnia złożenia wniosku, czyli w ciągu 30 dni od dnia 10 lutego 2017 r.

Za chwilę przystąpimy do realizacji porządku dziennego. Czy któryś z panów przewodniczących Komisji, które wspólnie obradują, chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Jerzy Meysztowicz (N):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Chciałbym podziękować panu posłowi i przewodniczącemu Arłukowiczowi, że podjął starania o to, żeby zwołać posiedzenie tych trzech Komisji. Nie będę ukrywał, że dobrze się stało, że jesteśmy akurat dzień po tym, jak rząd przyjął pewne założenia dotyczące sieci szpitali. Martwi nas to, że w tym posiedzeniu nie bierze udziału pan minister Radziwiłł. Wydaje się, że posiedzenie trzech Komisji jest wydarzeniem rzadkim w Sejmie, więc dobrze by było, żeby Ministerstwo Zdrowia reprezentował konstytucyjny minister.

Dziękujemy za bardzo liczne przybycie. Będziemy się starać, żeby na dzisiejszym spotkaniu usłyszeć przede wszystkim państwa głos, czyli strony społecznej i tych, którzy są najbardziej zainteresowani problemem ochrony zdrowia i reformą, jaką wprowadza pan minister Radziwiłł. Komisja Gospodarki i Rozwoju stwierdziła, że nie może być pominięta w dyskusji na ten temat, dlatego, że rzecz dotyczy wielu polskich przedsiębiorców, którzy zainwestowali, otworzyli prywatne kliniki, a to wszystko, co jest w tej chwili robione, może doprowadzić do upadku wielu polskich firm. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Jeszcze pan przewodniczący Latos, bardzo proszę.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja również uważam, że należy dyskutować o sieci szpitali. Dobrze, że rozmawiamy, ale jednocześnie chcę zauważyć, że na następnym posiedzeniu będziemy

niejako drugi raz mówić dokładnie o tym samym, i w podobnym gronie, bo ustawa trafi do parlamentu. Dlatego mam nadzieję, że nie będziemy się powtarzać i pewne rzeczy, które dzisiaj będą wyjaśniane, zostaną wyjaśnione skutecznie.

A odnośnie do osoby, która reprezentuje resort zdrowia, to pan minister Gryza jest autorem tej ustawy, w związku z tym, w sposób najbardziej precyzyjny i kompetentny udzieli państwu wszystkich informacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze przewodniczący Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej. Bardzo proszę.

Poseł Piotr Zgorzelski (PSL):

Szanowni państwo, w imieniu Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej chciałbym zgłosić taką oto informację, że dobrze by było, aby samorządy terytorialne wszystkich kategorii, ale szczególnie te, które są organami prowadzącymi szpitale, były w odpowiednim czasie informowane o tych planowanych zmianach, które, oprócz tego, że dotkną przede wszystkim pacjentów, czyli mieszkańców, obywateli, naszych rodaków, to dotykają także ich. W związku z tym, co dociera do nas za pośrednictwem środków masowego przekazu i co słyszymy w wypowiedziach pana ministra, przyłączam się do głosu, że w tak ważnej kwestii obecność pana ministra, który, nawet jeżeli nie jest twórcą, to przed konstytucją i narodem odpowiada za tę reformę, powinien dzisiaj na tym posiedzeniu być obecny.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Etap wstępnych wypowiedzi przewodniczących Komisji uznaję za zakończony. W związku z tym, że jest nas bardzo dużo na sali, mamy bardzo dużo gości z zewnątrz – są przedstawiciele samorządów i szpitali – bardzo proszę o ciszę. Czy panie z sekretariatu mnie słyszą? Proszę o zachowanie ciszy na sali.

Szanowni państwo, proponuję następujący sposób obradowania. W związku z tym, co powiedział pan przewodniczący Latos – oczywiście ma rację, że ta ustawa w procesie legislacyjnym formalnie trafi do Komisji Zdrowia lub także do innych Komisji, zobaczymy, jaka będzie decyzja marszałka Sejmu – i w związku z tym, że mamy bardzo dużo gości, którzy przyjechali z całej Polski, proponuję taką kolejność. Najpierw Ministerstwo Zdrowia przedstawiłoby swoją informację na temat sieci szpitali, potem oddalibyśmy głos stronie społecznej, bo przecież ludzie muszą wyjechać z Warszawy, a my zostajemy na posiedzenie Sejmu, a następnie zabraliby głos posłowie. Czy ktoś z państwa jest przeciw takiej propozycji? Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bym prosił, panie przewodniczący o pewną modyfikację. Otóż, proponuję, abyśmy wszyscy dyscyplinowali się czasowo, aby wypowiedzi, pytania, były krótkie, minutowe, maksymalnie dwuminutowe i żebyśmy jednak utrzymali tę tradycyjną kolejność. Posłowie też mają wiele pytań i uwag. Wydaje mi się, że ten moment jest właściwy. Skoro posłowie zwołali to posiedzenie Komisji, to – jak rozumiem – chcą pewnych rzeczy się dowiedzieć. Proponuję więc taką kolejność, przy zachowaniu dyscypliny czasowej i ograniczeniu liczby mówców tak, żeby nie powielać wypowiedzi. Mnie zależy na tym, żeby zarówno posłowie, jak i nasi goście mieli okazję wypowiedzieć się w tej sprawie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Kamysz.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Jeśli można, panie przewodniczący, z głosem przeciwnym do propozycji pana przewodniczącego Latosa. Dajmy szansę wypowiedzieć się najpierw organizacjom pozarządowym, samorządom zawodowym i samorządom terytorialnym. Wysłuchajmy ich głosu. My jeszcze będziemy mieć okazję debatować. Mam nadzieję, że ta debata będzie taka, jak często w swoich wystąpieniach państwo posłowie z PiS-u podkreślają, że chcą dialogu i konsultacji. To jest dobry moment na rozpoczęcie tego.

I druga kwestia. To prośba o skontaktowanie się pana przewodniczącego Arłukowicza z marszałkiem Sejmu, który w swoim wystąpieniu, kiedy zostawał marszałkiem, mówił o funkcji kontrolnej parlamentu nad rządem, i poproszenie pana marszałka, żeby przywołał ministra Radziwiłła na wspólne posiedzenie Komisji, bo sprawa jest zbyt ważna, żeby minister konstytucyjny nie by obecny na takim posiedzeniu, gdzie jest tak duże zainteresowanie. Obecność ministra Radziwiłła jest niezbędna. On osobowo, jako organ, jako minister, ponosi odpowiedzialność…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, na sekundę przeproszę. Szanowni państwo, mamy tu trzy Komisje. Jeżeli nie utrzymamy dyscypliny posiedzenia, to nie będzie ono mieć sensu. Dlatego będę bardzo rygorystyczny w prowadzeniu obrad.

Przystępujemy do głosowania. Rozstrzygniemy tę sprawę w głosowaniu przez podniesienie ręki. Kto jest za tym… Pan poseł Latos wycofuje wniosek. Bardzo dziękuję…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Słowo komentarza, panie przewodniczący. Nie chodzi o to, żeby tutaj było wrażenie, że ktoś nie będzie mieć okazji się wypowiedzieć, tylko prosiłbym pana przewodniczącego o pilnowanie dyscypliny tak, aby posłowie też mieli możliwość wypowiedzenia się w tej sprawie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan przewodniczący Latos zna mój styl prowadzenia posiedzenia Komisji, więc dyscyplina tutaj, była, jest i będzie. Dziękuję.

Przystępujemy do prezentacji ze strony resortu zdrowia, panie ministrze… Sekretariat proszę o zamknięcie drzwi i stworzenie nam warunków do pracy.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, ja prosiłem o przyniesienie kabla HDMI, żebym mógł wyświetlić prezentację. Czy mógłbym prosić o przyniesienie tego kabla?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, jeśli będziemy mieć dla pana kabel HDMI, to z pewnością go panu przyniesiemy. Teraz proszę o zamknięcie drzwi i rozpoczęcie pracy Komisji.

Panie ministrze, oddaję panu głos. Proszę o ciszę na sali. Proszę o zamknięcie drzwi do sali pracy Komisji. Bardzo proszę, panie ministrze. Kolejność osób zgłaszających się do wypowiedzi będą zapisywać moi koledzy, przewodniczący Komisji Gospodarki i Rozwoju oraz Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej. Proszę o wyraźne zgłaszanie się tych, którzy chcą zabrać głos, przedstawianie się z imienia i nazwiska oraz podanie instytucji, którą reprezentują. Narzucam także dyscyplinę czasową wypowiedzi do dwóch minut. Panie ministrze, bardzo proszę. Czy Ministerstwo jest gotowe?

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Zanim pan rozpocznie, panie ministrze, poproszę o ciszę na sali. Wszystkich, którzy mają do omówienia inne sprawy niż temat dotyczący sieci szpitali, proszę o opuszczenie sali. Bardzo dziękuję. Pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za tę możliwość spotkania. Dla nas też jest to ważne, żeby przestawiać prawdziwą, rzeczywistą informację o tym, jak wygląda projekt dotyczący podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. I w kontekście tego, co powiedział jeden z panów przewodniczących, chcę poinformować, że Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego zaakceptowała projekt ustawy. Oczywiście, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego debatowała nad całością pakietu, kóry był prezentowany, czyli zarówno projektu ustawy, jak i projektu rozporządzenia oraz projektu zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecny projekt, który trafi do Sejmu, a został przyjęty przez rząd, jest pewną

kompilacją tych wszystkich dokumentów i te przepisy, które znajdowały się w projekcie rozporządzenia, w znacznej mierze znalazły się w projekcie ustawy. Jednak sama koncepcja została przez ten organ zaakceptowana. W takim sensie, również samorządy, i to wszystkich szczebli, brały udział w konsultacjach tego projektu. Teraz przechodzę do prezentacji informacji o założeniach, celach i o tym, jak ta ustawa ma być budowana, jakie są kryteria związane z wejściem do…

Tworzymy system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Taka nazwa jest używana w ustawie i to w rzeczywistości oddaje charakter tego systemu. Sieć szpitali, to jest pojęcie zwyczajowe, natomiast w rzeczywistości chodzi o zagwarantowanie podstawowego dostępu do świadczeń szpitalnych z pewnym rozszerzeniem w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i rehabilitacji. Dlatego wyświetlam tę nazwę, ponieważ ona de facto oddaje charakter tego projektu.

Podstawowe cele proponowanych zmian. Po pierwsze, poprawienie dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności poprzez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej i rehabilitacji. Działanie lecznicze powinno być przede wszystkim nakierowane na cykl leczenia, natomiast nie ma być motywowane przede wszystkim aspektami rozliczeniowymi.

Po drugie, zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach jako warunek zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej. Po trzecie, zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom.

Po wtóre, zoptymalizowanie liczby oddziałów szpitalnych. Kolejne, poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia. Uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali. To jest niezwykle ważny cel tej ustawy. Środki, jakie zostały w tej propozycji ustawowej przedsięwzięte, właśnie z tym są związane. Nadajemy ogólny kierunek rozwoju zakresowi lecznictwa szpitalnego. W tej chwili jest zupełna dowolność kształtowania struktury, związana zresztą z pewnym mechanizmem kontraktowania świadczeń, a także budową pozycji finansowej przez poszczególne jednostki, podmioty lecznicze. I wreszcie kolejny istotny cel, stworzenie mechanizmu przenoszącego wąskospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.

Jakie są dysfunkcje obecnego systemu, które chcemy poprzez ten mechanizm naprawić? Po pierwsze, odnośnie do zasady, istnieje niemal nieograniczona możliwość ubiegania się przez podmioty lecznicze o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale już od wielu lat – dokładnie, od trzech – nie przeprowadza się konkursu ofert. Poprzez trzy nowele ustawy aneksowano metodę konkursowania wydłużając umowy zawarte wiele lat temu. Pierwsze takie aneksowanie nastąpiło w roku 2013. Zatem już wtedy zdawano sobie sprawę z tego, że konkursowanie ofert, przede wszystkim w zakresie lecznictwa zamkniętego, stanowi istotny problem i że trzeba jakoś wpływać na metodę konkursowania, żeby nie doprowadzić do bardzo poważnego konfliktu społecznego, który może być związany z przeprowadzeniem konkursu przede wszystkim w zakresie lecznictwa zamkniętego. I z tego zdawali sobie sprawę również nasi poprzednicy, bo metoda aneksowania miała wydłużyć te umowy, które wtedy trwały. To nie był tylko jednostkowy ruch przygotowujący do kolejnego działania, tylko to była pewna metoda, która została powtórzona.

Kolejna sprawa – okresowe postępowania konkursowe dotyczące wyodrębnionych zakresów świadczeń oraz ich systemy rozliczeń promujące fragmentaryzację procesu udzielania świadczeń. To jest związane z samą zasadą kontraktowania świadczeń. Może tak być, że w konkursie ofert szpital, który oferuje pewną całość, wygra tylko część. To będzie taki zupełnie karłowaty system.

Kolejna cecha. Istniejący model promuje kształtowanie struktury świadczeniodawców w systemie, jak również ich wewnętrznej struktury organizacyjnej, przede wszystkim na podstawie produktów konkursowych – rozliczenie konstruowane przez płatnika, a nie na podstawie potrzeb zdrowotnych. Oczywiście, w ochronie zdrowia to wszystko

nie jest takie proste, bo w końcu produkty konkursowe, które przygotowuje Fundusz, też są nastawione na to, żeby jak najlepiej zabezpieczać potrzeby zdrowotne. Jednak cechy systemu, jakie są w tej chwili, powodują, że podmioty…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, proszę bliżej mikrofonu, bo słabo słyszymy…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

… że podmioty lecznicze pozycjonują, a jednocześnie budują swoją pozycję na rynku w stosunku do produktów przygotowywanych i objętych konkursem przez NFZ.

Kolejna cecha obecnego systemu. Permanentny stan niepewności po stronie szpitali odnośnie do przyszłych warunków finansowania ich działalności, utrudniający racjonalne inwestycje oraz długofalową politykę kadrową oraz powodujący marnotrawstwo zasobów. To jest jedna z istotnych cech, a mianowicie, istotne konkurowanie o zasoby. Podmioty tego samego właściciela de facto konkurują między sobą o te same zasoby, co powoduje wzrost cen zasobów i brak możliwości optymalizacji zasobów i kosztów.

Następna istotna cecha w tym systemie, to ograniczona możliwość dokonywania przesunięć pomiędzy kwotami cząstkowymi kontraktów, utrudniająca racjonalne zarządzanie szpitalami jako całością, co przyczynia się do pewnych kłopotów związanych z przesuwaniem nadwykonań i niewykonań w poszczególnych zakresach.

Kolejna istotna cecha. Funkcjonujący model rozliczeń stwarza presję na rozliczanie świadczeń względnie lepiej taryfikowanych, co prowadzi do takich zjawisk, jak ograniczenie kosztów własnych poprzez skierowanie bardziej skomplikowanych przypadków do innych podmiotów, preferowanie hospitalizacji pacjenta w sytuacjach, w których wystarczająca byłaby interwencja na poziomie AOS.

Jakie narzędzia chcemy wprowadzić w tej regulacji prawnej? Po pierwsze, odejście od zasady nieograniczonego ubiegania się o zawarcie kontrataku na rzecz wyodrębnionego, stabilnego systemu świadczeniodawców zabezpieczających podstawową dostępność świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego. Dla znacznej części świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – ale, tylko znacznej – w miejsce rozliczeń na zasadzie *fee for service*, wprowadzenie ryczałtowej formy finansowania oraz tego, że ryczałtowa forma rozliczania świadczeń dotyczy tylko części rozliczanych świadczeń zdrowotnych i minister zdrowia, w projekcie rozporządzenia załączonym do projektu ustawy, określi wykaz świadczeń, które zostały wyodrębnione z ryczałtu i rozliczane będą tak, jak do tej pory na zasadzie *fee for service*.

Kolejny bardzo istotny mechanizm w proponowanym projekcie ustawy, to finansowanie w ramach jednej umowy szpitalnej, w ramach jednej umowy PSZ, obok świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego, również świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w przychodniach przyszpitalnych – stąd rozszerzenie definicji przychodni przyszpitalnych w projekcie ustawy – oraz rehabilitacji leczniczej, a także świadczeń nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej. To na pewno przyczyni się do poprawy koordynacji opieki nad pacjentem, bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami na opiekę zdrowotną i dostosowania struktury wewnętrznej podmiotów leczniczych do aktualnych potrzeb zdrowotnych.

Mały plan działań związanych ze zmianami w systemie finansowania świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego. Ruch pierwszy, to ten, o którym w tej chwili dyskutujemy – wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Kolejna istotna zmiana, która będzie zmianą ciągłą, to systemowa zmiana koszyków świadczeń gwarantowanych oraz przygotowanie produktów opieki koordynowanej. Jednym z tych produktów rozliczanych *fee for service* będą właśnie produkty opieki koordynowanej. Mamy w tej chwili opracowane dwa produkty opieki koordynowanej – opieka koordynowana nad zawałami OZW i opieka koordynowana obejmująca endoplastykę i rehabilitację w przypadku wszczepień endoprotez. To jest krótki plan działań.

Kolejny element – budowa systemu oceny jakości udzielonych świadczeń. Dyskusja na temat kryteriów i oceny jakościowania świadczeń trwa od początku wprowadzenia

powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tak naprawdę, nikt tego zagadnienia nie rozwiązał, a żeby ten system został dopełniony, jest trzeci element, który musi być wykonany. To jest trzeci element planu, o którym trzeba wiedzieć, ale który nie jest przedmiotem tej regulacji ustawowej.

Krótkie schematyczne przedstawienie poziomowania szpitali. Projekt ustawy wprowadza kilka stopni szpitalnych, budując ich zakresy odpowiedzialności, bo to jest ogromnie istotna cecha tego systemu. Chcemy uporządkować ten system, określić zakresy odpowiedzialności szpitali poszczególnych poziomów, a także, poprzez budowę kryteriów, powiedzieć, w jaki sposób poszczególne szpitale na te poziomy się dostają. Chcemy też powiedzieć – co będę prezentować później – jakie grupy świadczeń można wykonywać, czy będą finansowane, jeśli szpitale czy podmioty znajdą się na poszczególnych poziomach. Są to więc szpitale pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia, szpitale pediatryczne, onkologiczne i pulmonologiczne oraz szpitale ogólnopolskie.

Podstawowe zasady kwalifikacji szpitali do systemu zostały określone w projekcie znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Są to kryteria ustawowe. Natomiast, pewne szczegółowe kryteria zostały określone w projekcie rozporządzenia.

Teraz przechodzę do podstawowych i zasadniczych kryteriów kwalifikacji. Do systemu zabezpieczenia zostaną zakwalifikowane te podmioty szpitalne, które w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego, prowadzonego na terenie danego województwa, spełniają następujące warunki. Po pierwsze, cecha jest taka, że w tym systemie umieszczamy przede wszystkim szpitale działające w trybie ostrym, czyli takie, które udzielają świadczeń w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy obowiązującej co najmniej przez ostatnie dwa lata kalendarzowe. To kryterium dotyczy szpitali poziomu pierwszego, drugiego i trzeciego oraz pediatrycznych. Po drugie, posiadają umowę w zakresie lecznictwa szpitalnego przez ostatnie dwa lata kalendarzowe, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, czyli w trybie pełnym. Po trzecie, udzielają świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia, na podstawie umowy obowiązującej co najmniej przez ostatnie dwa lata kalendarzowe. Ten wymóg dotyczy szpitali drugiego i trzeciego stopnia. Wreszcie, udzielają świadczeń w ramach profili określonych ustawowo dla danego poziomu systemu zabezpieczenia. I kolejna rzecz – spełniają szczegółowe kryteria kwalifikacji na jeden z poziomów systemu zabezpieczenia, określone w przepisach wykonawczych. Metoda budowania kryteriów jest taka, że w ustawie określone są kryteria zasadnicze. Oprócz tego, ustawa określa kryteria minimalne i daje delegację ustawową ministrowi zdrowia, żeby w przypadku tych kryteriów minimalnych określić kryteria szczegółowe, które zdefiniują ścieżkę wejścia podmiotu leczniczego na dany stopień szpitalny.

Kryteria ustawowe dotyczące poziomu ogólnopolskiego. Do poziomu ogólnopolskiego zalicza się instytuty, szpitale utworzone i prowadzone przez uczelnie medyczne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej oraz szpitale utworzone przez ministrów.

Kryteria ustawowe, czyli zasadnicze. Dla poziomu szpitali pierwszego stopnia, są to dwa profile spośród wskazanych dla danego poziomu. Czyli, zasada jest taka – o profilach kryterialnych będę mówić za chwilę – jeśli szpital ma umowę przez co najmniej ostatnie dwa lata kalendarzowe na dwa profile spośród profili kryterialnych dla pierwszego poziomu, to taki szpital jest zakwalifikowany do szpitali pierwszego stopnia i może wykonywać umowę, ma też finansowanie świadczenia w ramach tych umów, które wchodzą w zakres stopnia pierwszego. Czyli, nie tylko te, które kwalifikuje, ale i te, które posiada, i ma umowę zawartą na co najmniej dwa lata.

Dla szpitali drugiego stopnia – sześć profili spośród wskazanych dla poziomu szpitali pierwszego i drugiego stopnia, w tym trzy profile spośród wskazanych dla szpitali drugiego stopnia. I wreszcie, dla szpitali trzeciego stopnia, osiem profili spośród wskazanych dla poziomu szpitali pierwszego i trzeciego stopnia, w tym trzy spośród wskazanych dla szpitali stopnia trzeciego.

Kryteria ustawowe – w dalszym ciągu – dla poziomu szpitali onkologicznych i pulmonologicznych. W zakresie szpitali onkologicznych, sześć spośród profili wskazanych dla poziomu onkologicznego, a dla szpitali pulmonologicznych, dwa spośród profili wskaza-

nych dla poziomu pulmonologicznego. Przy czym – o tym będę mówić za chwilę – dla każdego od drugiego do trzeciego, jak i dla szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, określone są kryteria minimalne i minister zdrowia – jak wspomniałem – w drodze rozporządzenia określa ścieżkę na ten poziom szpitalny w przypadku spełnienia kryteriów minimalnych. Dla szpitali pediatrycznych, trzy spośród profili dziecięcych. Dla poziomu szpitali ogólnopolskich, jeden profil spośród profili w zakresie lecznictwa szpitalnego.

W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń jako kryterium kwalifikacji na dany poziom, może zostać ustalona mniejsza liczba profili. To jest zapis ustawowy. Wtedy, dla szpitali od pierwszego do trzeciego stopnia, kryterium może stanowić jeden profil charakteryzujący dany poziom. Dla poziomu szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, w przypadku szpitali onkologicznych to są trzy profile, a dla szpitali pulmonologicznych, jeden profil.

Kwalifikacja szpitala na podstawie zmniejszonej liczby profili następuje przy jednoczesnym spełnieniu co najmniej jednego z warunków dodatkowych. Są to wytyczne ustawowe – wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielane w danym profilu, zabezpieczenia dostępu do świadczeń w danym profilu na danym terenie, struktury udzielania świadczeń, w tym także w ramach profilu, zapewnienie kompleksowości opieki w różnych zakresach świadczeń lub w zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

Kryteria na poziomie rozporządzenia – to są te kryteria rozszerzające. W przypadku szpitali pierwszego stopnia, szpital może posiadać jeden profil spośród profili kryterialnych. Tym profilem może być profil chorób wewnętrznych, pod warunkiem, że szpital jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń wykonanych w ramach tego profilu na terenie danego powiatu lub udział wartości świadczeń w ramach tego profilu, sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ, wynosi co najmniej 50% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych na podstawie tej umowy za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

Kryteria na poziomie rozporządzenia, w dalszym ciągu. Czyli, to są te kryteria, które określają ścieżkę wejścia dla tych szpitali, które nie spełniają kryteriów podstawowych, a spełniają kryteria minimalne. Na poziom szpitali drugiego stopnia zakwalifikuje się również szpital, który udziela świadczeń w ramach profili chirurgia plastyczna i chirurgia ogólna oraz z zakresu rehabilitacji leczniczej, jeśli łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy zawartej z NFZ w zakresie chirurgii plastycznej, chirurgii ogólnej oraz intensywnej terapii wynosiła co najmniej 20 mln zł za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, oraz/lub udziela świadczeń w ramach profili ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci oraz z zakresu rehabilitacji leczniczej, jeśli łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy zawartej z NFZ w odpowiednich zakresach i w odpowiednim czasie wynosiła co najmniej 15 mln zł.

Kolejne kryteria dodatkowe dla szpitali drugiego stopnia. Udziela świadczeń w ramach profili reumatologia lub reumatologia dla dzieci oraz z zakresu rehabilitacji leczniczej, jeśli łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy zawartej z NFZ w zakresie reumatologii wynosiła co najmniej 8 mln zł…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam. Bardzo proszę o ciszę na sali.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Kolejne kryteria dodatkowe, czy ścieżka pomocnicza, dodatkowa, dla szpitali trzeciego stopnia. Szpital zostanie zakwalifikowany jako szpital trzeciego stopnia, jeśli ma co najmniej osiem profili – jak to definiuje ustawa – w tym, dwa spośród profili trzeciego stopnia – czyli mniej niż określa podstawowy wymóg ustawowy, a więcej niż określa minimalny wymóg ustawowy – co najmniej dwa profile określone dla poziomów szpitali pierwszego i drugiego stopnia trzeciego poziomu referencyjnego – czyli, jeśli szpital ma, na przykład, trzeci poziom referencyjny na oddziale ginekologii i neonatologii, to wtedy, jeśli ma co najmniej dwa profile z zakresu profili szpitala trzeciego stopnia, wchodzi na poziomie szpitala trzeciego stopnia – oraz udziela świadczeń w ramach profili choroby

zakaźne lub choroby zakaźne dzieci, pod warunkiem, że profile te stanowią co najmniej 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela świadczeń.

Kolejne ścieżki dotyczące szpitali onkologicznych. Na poziom szpitali onkologicznych kwalifikuje się…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, bardzo przepraszam, że zwracam panu uwagę, ale dostaję liczne sygnały z sali. Tu jest grono profesjonalistów, którzy znają tę ustawę. Prosimy pana o rozwianie wszelkich wątpliwości, bo musimy następnie oddać głos stronie społecznej, żeby rozwiać ich wątpliwości. My treść tych dokumentów znamy. Prosimy bardzo pana ministra o przedstawienie precyzyjnej informacji w miarę sprawnie, żeby ludzie mogli zadać te pytania, które ich nurtują od wielu miesięcy. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, na podstawie obserwacji medialnych mogę wnioskować, że tak nie jest, ponieważ podawane informacje medialne, czyli, ze strony tych, którzy mają wątpliwości, a więc opozycji, samorządów itd., zupełnie nie pokrywają się. Podawane wątpliwości wiążą się z brakiem znajomości przepisów ustawy, która będzie procedowana. Wydaje się, że przedstawienie całości prezentacji jest potrzebne, ponieważ wiele wątpliwości wiąże się z tym, że osoby wypowiadające swoje opinie, po prostu nie znają przepisów ustawowych. Jeśli więc można, to proszę o to, żebym mógł kontynuować i dokończyć.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę kontynuować, tylko w taki sposób, żeby to przebiegało sprawnie. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Jeszcze informacja dotycząca szpitali onkologicznych. Generalna zasada jest taka, że na poziom szpitali onkologicznych wchodzą szpitale, które de facto wypełniają leczenie trzema mikrometodami – w tym punkcie jest to opisane – oraz mają co najmniej trzy profile określone dla poziomów onkologicznych i jednocześnie liczba profili, w ramach których udziela świadczeń spośród profili onkologicznych, jest większa niż 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela świadczeń, a także łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ w ramach profili onkologicznych wynosiła co najmniej 20 mln zł za ostatni okres roku kalendarzowego.

Dla poziomu szpitali pulmonologicznych – to też jest ważna sprawa, bo również pojawiają się informacje medialne, które świadczą o tym, że wypowiadający swoje opinie nie znają tej regulacji – jeśli liczba profili, w ramach których szpital udziela świadczeń spośród profili pulmonologicznych, wynosi co najmniej 50% ogólnej liczby profili, w ramach których udziela się świadczeń, oraz łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ w ramach profili pulmonologicznych wynosiła co najmniej 20 mln zł za ostatni okres.

Dla poziomu szpitali pediatrycznych ta zasada się nie zmieniła. W procedowanych już projektach ustawy jest ona od początku. Przypomnę tylko, że to są poziomy kwalifikujące na poszczególne stopnie szpitalne. Ta sprawa nie uległa zasadniczym zmianom. Istotne jest to, jaką liczbę i w jakich ścieżkach dostępu definiują poszczególne poziomy szpitalne. To jest drugi poziom szpitalny, a to trzeci. Tu też zasadnicze zmiany nie zaszły, chociaż do pierwszego projektu, który był poddany konsultacjom społecznym, pewne zmiany zostały wprowadzone. To jest pełny wykaz tych świadczeń kwalifikujących.

To jest pełny wykaz tych świadczeń kwalifikujących dla szpitali onkologicznych. Tutaj z kolei prezentuję poziom świadczeń kwalifikujących dla szpitali pulmonologicznych – to są choroby płuc, choroby klatki piersiowej i chemioterapia. Jak wspomniałem, trzeba mieć dwa spośród tych profili kwalifikujących. Tutaj też były pewne wątpliwości, więc przy okazji wyjaśniam.

Poziom szpitali ogólnopolskich pediatrycznych. To są wszystkie profile pediatryczne. Poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile w zakresie lecznictwa szpitalnego w trybie hospitalizacji.

To, jak sądzę, jest bardzo istotna sprawa, wymaga więc trochę szerszego wyjaśnienia. Cała metoda budowy systemu zabezpieczenia polega na tym, że budujemy profile kryterialne, a także, dla poszczególnych poziomów czy stopni szpitalnych, do tych profili kryterialnych, które mogą być wykonywane i finansowane przez dany podmiot leczniczy, dołączamy świadczenia, które wejdą do kontraktu z NFZ-em, czyli później z płatnikiem publicznym. Zacznę od prawej strony tego slajdu.

Dla szpitali trzeciego stopnia, dołączony jest pełny koszyk świadczeń szpitalnych. Czyli, jeśli szpital wykonuje w tej chwili świadczenia, które są poza profilami kryterialnymi, to każdy zakres świadczeń, na które oczywiście miał zawartą umowę przez ostatnie dwa lata i było to w trybie hospitalizacji, zostanie dołączony do szpitala trzeciego stopnia. Wspomnę także o pewnym celu i nawiążę do celu budowy tego mechanizmu – to jest też określenie, które szpitale i w jakich kierunkach mają się rozwijać. To jest jakby powiedzenie, że ten szpital pełni tak istotną rolę specjalistyczną, że może się rozwijać właściwie w każdym kierunku. Oczywiście, trzeba tylko zastrzec – to jest bardzo istotna sprawa związana z tą ustawą – że każde nowe świadczenie, nowy profil, który miałby być wykonywany przez dany podmiot, musi być poprzedzony konkursem ofert. W takim sensie płatnik publiczny ostatecznie decyduje, czy dane świadczenie jest potrzebne, czy na to jest zapotrzebowanie, czy to świadczenie powinno być finansowane w danym podmiocie leczniczym.

Kolejne świadczenia dodawane, to nocna i świąteczna opieka zdrowotna. To dotyczy poziomów szpitali pierwszego i trzeciego stopnia. Czyli, każdy szpital, który ma umowę z pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia, który ma umowę na izbę przyjęć lub na szpitalny oddział ratunkowy, będzie też mógł mieć umowę na nocą i świąteczną pomoc lekarską.

I wreszcie to, co dotyczy wszystkich profili szpitalnych – i to jest bardzo istotna sprawa związana z tym systemem. Do zakresu kontraktu podmiotu, który został zakwalifikowany do systemu zabezpieczenia, dołączamy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wykonywaną w ramach przychodni przyszpitalnej, w zakresach jednoimiennych, jak można powiedzieć szczegółowo. Jednak, to nie są zakresy jednoimienne. To są zakresy rozszerzone. Czyli, jeżeli szpital ma określony profil i będzie wykonywać świadczenia w określonym profilu, to będzie mieć możliwość wykonywania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w związku z tym profilem szpitalnym, ale w znacznej mierze rozszerzonym. To rozszerzenie określone jest w rozporządzeniu ministra zdrowia. Zdefiniowane są tam nazwy poradni i zakresy rozszerzone, które mogą być wykonywane i będą finansowane przez płatnika publicznego w danym kontrakcie z danym podmiotem leczniczym.

Kolejne istotne rozszerzenie to rehabilitacja lecznicza wykonywana w warunkach stacjonarnych i dziennych. Jeśli podmiot leczniczy, szpital, miał do tej pory umowę przez ostatnie dwa lata kalendarzowe na rehabilitację wykonywaną w warunkach stacjonarnych i dziennych, to cały ten kontrakt jest dołączany do kontraktu w ramach systemu zabezpieczenia. Dodatkowo dołączane są inne zakresy świadczeń, określone w akcie wykonawczym. Te dodatkowe zakresy świadczeń chcę państwu przedstawić na tym slajdzie.

To też jest sprawa ważna, ponieważ jest wiele nieporozumień pojawiających się w świecie medialnym. Myślę, że to wymaga szczegółowego wyjaśnienia. Po pierwsze, dodatkowe świadczenia dla poziomu szpitali pierwszego stopnia. Jeśli szpital pierwszego stopnia ma w tej chwili umowę na anestezjologię i intensywną terapię albo intensywną terapię dla dzieci, to ten zakres jest dołączony do umowy. Jeśli szpital pierwszego stopnia ma umowę na neurologię w zakresie neurologii udarowej, to ten kontrakt na neurologię w zakresie neurologii udarowej dodawany jest do kontraktu. Jeśli szpital pierwszego stopnia ma umowę na kardiologię w zakresie kardiologii interwencyjnej, to ta umowa dodawana jest do umowy zabezpieczenia szpitalnego. Dodawane są jeszcze świadczenia z zakresu opieki kompleksowej. To jest istotne novum. W koszykach będziemy przygotowywać produkty opieki kompleksowej i szpital będzie mógł wykonywać produkty opieki kompleksowej – to jest szczegółowo opisane w projekcie rozporządzenia – pod

warunkiem, że posiada profil, który jest określony jako profil w miejscu, w produkcie określonym w koszyku świadczeń….

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam, że wchodzę panu w słowo. Celem tego posiedzenia Komisji nie jest to, aby przeczytał nam pan na głos wszystkie rozporządzenia i akty wykonawcze do tej ustawy ze wszystkimi załącznikami i dołączeniami, tylko to, żebyśmy rozwiali nasze wątpliwości, jakie w związku z tą ustawą mamy. Naprawdę będzie dużo prościej… Panie ministrze, ja znam te techniki – sam byłem ministrem zdrowia, wiem, jak to się robi – ale tu trzeba dyskutować o problemie, a nie zagadywać Komisje…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, bardzo bym pana prosił… Ustawa jest nowa. Możemy dyskutować o tym, czy to posiedzenie Komisji nie zostało zwołane kilka dni za wcześnie. Były zmiany również w ostatnim czasie. Ustawa wczoraj była przyjmowana przez rząd i skoro są różne wątpliwości – ja sam czytałem wiele wypowiedzi, w których ewidentnie… Ja, panie przewodniczący, nie zakładam złej woli z pana strony, czy pana kolegów, tylko niewiedzę, a tutaj można się dowiedzieć więcej na temat tej ustawy. Możemy prosić pana ministra o to, aby ewentualnie częściowo skrócił pewne elementy tej wypowiedzi. Możemy, panie przewodniczący, prosić o poszukanie sali, żeby móc dłużej kontynuować tę dyskusję, aby wydłużyć czas posiedzenia Komisji, ale dajmy szansę osobom, które będą za chwilę pytać, które są właśnie tym zainteresowane, aby się dowiedziały. Być może pojawią się nowe pytania. I proszę, niech pan minister może kontynuować.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, jeszcze pan przewodniczący Zgorzelski.

Poseł Piotr Zgorzelski (PSL):

Panie przewodniczący, ja przyłączam się do pana zdania, bowiem jestem przekonany, że ci wszyscy, którzy przybyli na dzisiejsze spotkanie, ale, oczywiście także posłowie, są w tym zakresie bardzo dobrze zorientowani. Jeśli natomiast są jakieś wątpliwości, to proponuję zastosować praktykę dobrze nam znaną w parlamencie, aby pan minister udostępnił tę prezentację, by każdy mógł ją pobrać. A teraz przystąpmy po prostu do dyskusji, bo ona dużo więcej wniesie i będzie bardziej twórcza.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, proponuję, żeby pan próbował zawężać swoją wypowiedź, dlatego, że jest bardzo dużo zgłoszeń z sali. My musimy z panem dyskutować… Panie przewodniczący Latos, trudno prowadzi mi się posiedzenie Komisji, jeżeli cały czas pan do mnie mówi z boku. Porozmawiamy za chwilę. Panie ministrze…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Poszukajmy nowej sali. Niech ludzie mają szansę zapytać…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, nie będziemy szukać nowej sali, bo będziemy rozmawiać o tej kontrowersyjnej ustawie…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie chce pan się dowiedzieć…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ja prowadzę to posiedzenie. I dopóki ja prowadzę, to będzie tutaj prządek. Bardzo pana proszę o to, żebyśmy pracowali w taki sposób, w jaki oczekują nasi goście. Bardzo proszę, panie ministrze. I proszę zmierzać do końca wypowiedzi, bo jest mnóstwo pytań.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, dostosuję się do tego, aczkolwiek chciałbym powiedzieć, że ja od początku zmierzam do końca tej prezentacji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, ja jestem człowiekiem, z którym można pożartować, ale to ani miejsce, ani czas na żarty. Tu na pana miejscu powinien siedzieć minister Radziwiłł. Tego, że nie przyszedł, do tej pory nie skomentowałem przez kulturę. Proszę kontynuować i wykonać swoje zadanie, i precyzyjnie dobrnąć do końca tej przydługawej prezentacji.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Prezentacja jest przydługawa, ponieważ treść jest taka, że wywołuje emocje. Wszystko trzeba szczegółowo wyjaśnić, żeby później nie dyskutować przed mediami i wyjaśniać jakieś niepotwierdzone…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, ostatni raz przerywam panu wypowiedź. Do tej pory w Polsce…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, proszę jednak nie zachowywać się w ten sposób…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy może pan nie wchodzić mi w słowo?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę się tak nie zachowywać…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę się zgłosić do wypowiedzi, będzie pan miał głos. Panie ministrze, jak na razie, parlament w Polsce ma jeszcze funkcję kontrolną nad rządem, a nie rząd nad parlamentem. Proszę kontynuować i zmierzać do końca wypowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, ponieważ rozumiem, że jest znacznie ograniczony czas, chciałem przedstawić jeszcze dwie lub trzy prezentacje, które dotyczą szczególnie medialnych wątpliwości. Dlatego przechodzę do zasad finansowania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia. Myślę, że to wszystkich będzie interesować.

Zasady finansowania świadczeń zostały zaprezentowane na przykładzie szpitala drugiego stopnia. Tutaj mamy pokazaną zasadę, która obowiązuje do tej pory, czyli, to wszystko, to jest konkurs ofert. Natomiast tu, na dole, mamy informację o tym, jak by to wyglądało w systemie, jaki mamy…

Ten slajd prezentuje… Ta górna linia przedstawia sytuację obecną – to wszystko znajduje się w konkursie ofert, natomiast dolna linia prezentuje to, co znalazłoby się w systemie zabezpieczenia, a tu jest jeszcze ewentualność występowania konkursu ofert.

Jaki jest mechanizm finansowania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia? Jest tu kilka mechanizmów finansowania. Po pierwsze, w ramach ryczałtu. To jest mechanizm ryczałtowy. Projekt ustawy w tej chwili, po przyjęciu przez rząd, wygląda w taki sposób, że ustawa odwołuje się do ryczałtu, formułuje warunki określania budowy ryczałtu. Szczegółowe kryteria oraz wzór określający ryczałt znajdują się w rozporządzeniu ministra zdrowia, zarówno na pierwszy okres, jak i na kolejne okresy.

Co wchodzi w ramy ryczałtu dla szpitala drugiego stopnia? To jest model na przykładzie szpitala drugiego stopnia. Profile z pierwszego stopnia, profile z drugiego stopnia, dedykowane świadczenia AOS oraz te świadczenia dodatkowe, o których mówiłem i które zdążyłem przedstawić dla szpitali drugiego stopnia.

Oprócz tego, znajduje się tu obszar wydzielonych świadczeń, które są finansowane odrębnie, na zasadzie takiej samej jak teraz, czyli *fee for service*, z zastrzeżeniem kwoty umowy zawartej pomiędzy płatnikiem i podmiotem leczniczym. W ramach tych świadczeń mamy również pozycje ryczałtowe, ale tak w tej chwili jest to finansowane. I to jest najlepsza forma. Ryczałt na szpitalny oddział ratunkowy lub na izbę przyjęć, ryczałt na nocną i świąteczną pomoc lekarską, a następnie świadczenia – procedury wysokospecjalistyczne, rehabilitacja odrębnie finansowana, świadczenia związane z porodem, świadczenia opieki koordynowanej. Świadczenia opieki koordynowanej finansowane odrębnie, to jest świadczenie opieki koordynowanej OZW, które jeszcze nie weszło w praktykę życiową, ale wejdzie i może być finansowane w ramach systemu zabezpiecze-

nia. Odrębnie finansowane są świadczenia usunięcia zaćmy, endoplastyki, świadczenia związane z finansowaniem chorób nowotworowych i przede wszystkim z regulacją Karty DILO, chemioterapią, radioterapią i programami lekowymi.

Jaki może być udział pozycji ryczałtowej i pozycji finansowania *fee for service*? Otóż, na przykład dla szpitali onkologicznych, świadczenia *fee for service* będą właściwie w znakomitej większości wypełniać cały kontrakt. Zresztą, są to specyficzne świadczenia, ponieważ – jak państwo wiedzą – one nie podlegają limitowaniu. Poza tym, odrębnie rozliczane są też świadczenia radioterapii, chemioterapii, a także programów lekowych. Jeśli więc są profile, które w dużej mierze zawierają programy lekowe…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam na chwilę, panie ministrze. Bardzo proszę o ciszę na sali. Proszę kontynuować.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

…to wtedy te świadczenia w znacznej mierze są finansowane odrębnie. Podobnie, na przykład, dla szpitali ortopedycznych czy ortopedyczno-rehabilitacyjnych. Tam udział ryczałtu – to zależy od specyfiki danego szpitala – może być różny, bo jeżeli endoplastyka jest finansowana odrębnie, rehabilitacja jest finansowana odrębnie oraz świadczenia opieki koordynowanej są finansowane odrębnie, to w szpitalach stricte ortopedycznych udział ryczałtu jest stosunkowo nieduży.

Poza tym, w szpitalach, w których… Już wspomniałem o Karcie DILO, ale – to może też nie wybrzmiało należycie – wszystkie profile onkologiczne są dodawane do wszystkich profili z wyłączeniem profilu pierwszego, gdzie jest dołączona i finansowana chemioterapia w wymiarze ambulatoryjnym. Zatem, wszystkie profile onkologiczne dodawane są do profili drugiego i trzeciego stopnia. Tak więc, w tym zakresie, jeśli to podlega regulacji Karty DILO, jest to rozliczane *fee for service*. Jest jeszcze tutaj taki element, że jeśli szpital rzeczywiście zajmuje istotną pozycję na rynku, a jego profil nie znalazł się w profilach kryterialnych albo w profilach dołączeniowych, to może wystartować w konkursie ofert i wtedy zderzy się z rynkiem tych podmiotów, które mogą te świadczenia wykonywać, i w ramach konkursu może te świadczenia wykonywać.

Kolejny slajd, o którym chciałem tutaj powiedzieć, to jest…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, mówi pan już 55 minut. To naprawdę jest… Zresztą, nie będę oceniany w swojej wypowiedzi. Ma pan czas do 10 minut na zakończenie swojej wypowiedzi i przystępujemy do dyskusji.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Tutaj jest podsumowanie udziału rynku związanego z systemem zabezpieczenia i systemu dotychczasowego, czyli konkursowego w całości systemu, w zakresie lecznictwa szpitalnego, na podstawie modelu danych z roku 2015. Jeśliby to potraktować w taki sposób, że całość środków finansowych lecznictwa szpitalnego – a środki finansowe to de facto świadczenia – to są punkty ważone skalą zadania, to 91% środków znalazło się w sieci. Czyli, 91% świadczeń wykonanych w roku 2015 znalazło się w systemie zabezpieczenia. 9% świadczeń wykonywanych było poza systemem zabezpieczenia, na podstawie modelu danych z roku 2015…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam. Proszę o ciszę na sali.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

To pierwsza istotna informacja. Kolejna informacja jest taka, że w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na podstawie modelu danych z roku 2015, 33% środków lecznictwa ambulatoryjnego znalazło się w systemie zabezpieczenia. Czyli, 33% wartości świadczeń znalazło się w tym systemie. Pozostałe 67% podlega konkursowi ofert.

W przypadku rehabilitacji leczniczej, na podstawie modelu danych z roku 2015, 27% wartości świadczeń znalazło się w tym systemie zabezpieczenia, a 73% znalazło się w systemie konkursowym. Pozostałe zakresy świadczeń – to znaczy, opieka psychia-

tryczna, opieka długoterminowa, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe oraz profilaktyczne programy zdrowotne – poddane są konkursowaniu, tak, jak do tej pory, przy czym, niezupełnie tak samo, bo – jak już państwu wspominałem – od roku 2013 nie ma konkursowania. Pierwsze konkursowanie po tym długim okresie zaczęło się teraz, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosił konkurs na opiekę paliatywną i hospicyjną, w styczniu na opiekę długoterminową, a w najbliższym czasie zostanie ogłoszony konkurs na opiekę stomatologiczną. Trzeba od razu dodać tę informację – ponieważ jest to w projekcie ustawy – że ze względu na możliwość wprowadzenia tej regulacji prawnej, przedłuża się… To jest istotna informacja, bo według projektu ustawy ma obowiązywać od 1 października 2017. Pierwsza kwalifikacja ma nastąpić 27 czerwca – dlatego w ustawie jest regulacja mówiąca o tym, że aneksuje się umowy o 3 miesiące, od 1 lipca do 30 września – natomiast, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tej części ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która nie weszła w kontrakty związane z systemem zabezpieczenia, aneksuje się umowy do połowy roku 2018. Natomiast, po wejściu w życie systemu zabezpieczenia, czyli po 1 października, trzeba będzie przeprowadzić konkursy ofert na rehabilitację, która nie znalazła się w systemie zabezpieczenia.

I może jeszcze schematyczne przestawienie całości tego systemu. To jest to, co dotyczy systemu zabezpieczenia w tej chwili, czyli, system zabezpieczenia szpitalnego obejmuje również część lecznictwa ambulatoryjnego, rehabilitacji, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Całość tego systemu jest włożona jako podsystem do systemu, który działa w tej chwili. Jeśli jakaś relacja nie jest określona, jeśli jakaś zasada nie jest określona, to znaczy, że ta zasada działa dokładnie tak, jak teraz, bo my wkładamy tę regulację w system, który działa obecnie. Dlatego mamy tutaj powiązania zarówno z koszykiem świadczeń, jak i z ogólnymi warunkami umów i zarządzeniami prezesa. W szczególności dotyczy to zarządzenia tak zwanego krzyżykowego, które określa zasady i możliwości wykonywania świadczeń specjalistycznych na oddziałach wewnętrznych i chirurgii oraz taryfikacji świadczeń…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Godzinna wypowiedź pana ministra, a myślę, że wątpliwości nadal dużo. Szkoda, że pan minister nie ujął w swojej godzinnej wypowiedzi informacji kluczowej, a mianowicie, żeby w ocenie skutków regulacji, jaką resort musiał przeprowadzić, podali państwo, ile szpitali, które dzisiaj mają finansowanie publiczne, je straci. To jest kluczowe pytanie, na które pan nie dał odpowiedzi w swoim wystąpieniu. Rozumiem, że będziemy o to pytać.

Bardzo proszę o zgłaszanie się… Panie przewodniczący, chyba wybuduję tu między nami mur. Proszę o zgłaszanie się do wypowiedzi. Po kolei. My notujemy chętnych zgłaszających się. Proszę bardzo – momencik – zaczynamy od strony społecznej. Proszę o przedstawianie się i informowanie, jaką instytucję państwo reprezentują. Proszę o przedstawianie się do mikrofonu, i proszę mówić na siedząco.

Ordynator w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii Magdalena Dudzińska:

Magdalena Dudzińska. Reprezentuję Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii w Chorzowie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam panią. Dyscyplina wypowiedzi – czas wypowiedzi ze strony gości do dwóch minut. Bardzo proszę.

Ordynator w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii Marzena Dudzińska:

Proszę państwa, chciałabym zwrócić uwagę na problem, który wynika poniekąd z ustawy o sieci szpitali, a mianowicie łączenia różnych placówek. Ja reprezentuję szpital dziecięcy wyjątkowy w skali kraju – z całą pewnością mogę tak powiedzieć. Jest to szpital wielospecjalistyczny, który ma bardzo szerokie, doskonałe zaplecze diagnostyczne, który wprowadza różnorodne nowe technologie leczenia i całkowicie spełnia kryteria włączenia go do sieci jako samodzielnej jednostki pediatrycznej wielospecjalistycznej. Natomiast, decyzją samorządu miasta – niejako wyprzedzającą zarówno działania rządu, jak i ustawę,

która jeszcze nie weszła w życie – dochodzi do włączenia naszego szpitala, a właściwie nie tyle włączenia, ile przejęcia go w całości, z jego mieniem i zasobami ludzkimi, w strukturę szpitala miejskiego dla dorosłych. Jest to działanie kuriozalne w skali kraju.

Generalnie – naszym zdaniem – po to zostaje wyodrębniony pion pediatryczny w projekcie ustawy, aby dziecięce szpitale specjalistyczne i wielospecjalistyczne, były chronione przed takimi działaniami, które ostatecznie prowadzić mogą do zatraty ich tożsamości, a w ostateczności do likwidacji. Wydaje się więc, że w ustawie powinno znaleźć się zabezpieczenie tego pionu pediatrycznego przed takimi działaniami, szczególnie, że – jak się wydaje – wyodrębnienie tego pionu wpisuje się w politykę rządu, która jest prorodzinna, nastawiona na ochronę najbardziej wrażliwych członków społeczeństwa, czyli małych dzieci. W sytuacji, kiedy mamy coraz więcej zagrożonych ciąż i coraz więcej schorzeń wymagających wielospecjalistycznego leczenia, likwidowanie placówki, która jest wyjątkowa…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Szanowna pani. Ja muszę jednak doprecyzować organizację naszej pracy…

Ordynator w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii Marzena Dudzińska:

Prośba o regulację ustawową zabezpieczenia pionu pediatrycznego, jeśli on faktycznie ma spełnić swoją rolę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ja bardzo proszę państwa, którzy będą teraz zabierać głos, o niezachwalanie swoich szpitali, bo znamy szpitale, które państwo reprezentują. Nie o to chodzi, żeby państwo opisywali całą swoją działalność. Pytanie ma to do siebie, że na końcu musi być postawiony znak zapytania. Rozumiem, że o coś państwo chcą zapytać albo coś wyjaśnić. Proszę więc to precyzować. I proszę także nie opowiadać nam o sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia w Polsce, bo my to wiemy. Ta rozmowa ma być o sieci szpitali. Będę państwu przerywać, jeśli będą zbyt długie opowieści o państwa szpitalach, bo nie o to chodzi w naszym spotkaniu, żebyśmy wysłuchali, jak dobry jest szpital ten czy tamten, bo to wiemy. Chcemy się dowiedzieć tego, czego prawdopodobnie nie wie sam minister, które szpitale są zagrożone i dlaczego. To jest pytanie, na które musi paść odpowiedzieć na dzisiejszym posiedzeniu Komisji.

Bardzo proszę, udzielam panu głosu. Pan Grzegorz Gałuszka, sanatorium w Busku. Proszę potwierdzić, że pan reprezentuje ten szpital.

Radny Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego Grzegorz Gałuszka:

Grzegorz Gałuszka. Panie przewodniczący, można powiedzieć, że reprezentuję trzy instytucje – Sejmik Województwa Świętokrzyskiego, Szpital Wojewódzki „Krystyna” w Busku Zdroju, jako dyrektor, a także Wydział Nauk Medycznych jako dziekan kształcący kadrę medyczną na potrzeby tych szpitali, które, de facto, będą teraz znikać z poziomu ochrony zdrowia w Polsce. My borykamy się z tym problemem od pewnego czasu, dlatego, że szpital monoprofilowy, jakim można nazwać szpital rehabilitacyjny „Górka”, który zajmuje się rehabilitacją dzieci i zabiegami ortopedycznymi dla dzieci oraz dorosłych, w tym momencie może być zagrożony i nie zakwalifikować się. W związku z tym, pojawiają się pewne pytania. I dalsza kwestia – czy budżet szpitali, które będą kontraktowane, planowany w perspektywie omawianych zmian ustawowych, będzie kształtować się na poziomie 8% całego budżetu ochrony zdrowia przeznaczonego na kontraktowanie. Czy on zmalał i do jakiego poziomu? I czy informacje na poziomie 2% wystarczą, żeby zakontraktować te świadczenia, które nie będą objęte siecią szpitali.

Kolejne pytanie dotyczy przede wszystkim możliwości pojawienia się nadwykonań lub niedowykonań. Czy będzie za nie zapłacone i jeśli któryś z oddziałów będzie mieć niedowykonania, czy będzie je można przeznaczyć na nadwykonania na innym oddziale, przesuwając wartość umowy, tak jak jest obecnie?

Następne pytanie. Czy nadwykonania na oddziale intensywnej opieki medycznej będą w placówce płacone, czy też będą ujęte jako świadczenia nielimitowane? I ostatnie już pytanie. Czy świadczeniodawca będzie mógł starać się w konkursie o oddział dedyko-

wany do szpitala wyższego stopnia również w przypadku, gdy szpital z poziomu właściwego też będzie zabiegać o taki oddział? Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze bardziej doprecyzuję zasady naszej dyskusji. Proszę państwa, nie jesteśmy w stanie w czasie posiedzenia Komisji Zdrowia odpowiedzieć na pytanie, czy nadwykonania poszczególnego oddziału w określonym szpitalu będą opłacone. Od tego jest NFZ, i proszę to wyjaśniać z NFZ. Rozmawiamy o ustawie o sieci szpitali.

Kto z państwa następny do głosu? Bardzo proszę, udzielam panu głosu. Proszę się przedstawić. Kogo pan reprezentuje?

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie Andrzej Matyja:

Andrzej Matyja, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie. Panie ministrze, pan przed chwileczką powiedział – i wczoraj usłyszałem to też od ministra Radziwiłła – że wielkość środków finansowych, które dzieli się teraz na 91% i 9%, przekłada się na liczbę świadczeń. To jest nieprawda. Pewnie wszyscy tutaj wiemy, że najczęściej wykonywanymi zabiegami chirurgicznymi w Polsce są cholecystektomia – 60 tys. i przepuklina – 50 tys. Te zabiegi były wykonywane w ramach chirurgii jednego dnia. Nie można więc mówić, że to jest to samo, ponieważ liczba zabiegów i liczba pieniędzy przeznaczonych na ten rodzaj najczęściej wykonywanych zabiegów nijak mają się do siebie. Jak pan minister to sobie wyobraża, że te zabiegi, które do tej pory były wykonywane w ramach chirurgii jednego dnia, zostaną przesunięte do szpitali, które otrzymały ryczałt? To pierwsze pytanie.

I drugie, krótkie pytanie. Co ze szpitalami, które mają się dostosować do wymogów, kryteriów zawartych w warunkach technicznych i sanitarnych, których nie osiągną do końca tego roku? Rozumiem, że Ministerstwo ten termin dostosowawczy pewnie znów przesunie o 5 lat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę stronę społeczną o podnoszenie rąk do góry. Bardzo proszę, pani na końcu sali. Proszę się przedstawić.

Manager Medical Magnus Clinic Sp. z o.o. Karolina Kamecka:

Dzień dobry. Karolina Kamecka, Medical Magnus Clinic z Łodzi, Klinika Ortopedyczna. Panie ministrze, szanowni państwo, my chcielibyśmy zadać bardzo wiele pytań, ale myślę, że skupimy się na dwóch podstawowych. Po pierwsze, jesteśmy przedsiębiorcą, który skorzystał z dotacji unijnych, między innymi na bloki operacyjne. Oczywiście, te projekty wymagają utrzymania ciągłości i trwałości oraz utrzymania ciągłości w kontrakcie z NFZ.

Drugie nasze pytanie. Co z młodymi sportowcami, przyszłymi mistrzami, którzy rzeszami przychodzą do naszej kliniki – rzeszami, naprawdę – i potrzebują wsparcia. Ich nie stać na to, aby korzystać z prywatnych usług. Jak najbardziej, korzystają z kontraktu z NFZ, który mamy i najwyższej jakości usług, jakie świadczy nasza placówka.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę o dalsze zgłaszanie się do wypowiedzi. Czyli, pojawił się problem liczby zabiegów chirurgii jednodniowej, panie ministrze. Pojawia się też problem środków unijnych i sposobu ich rozliczenia.

Pan, który zgłasza się na końcu. Bardzo proszę przedstawić się.

Dyrektor Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego Maciej Sytek:

Dzień dobry. Maciej Sytek, Departament Zdrowia, województwo wielkopolskie. Mam jedno pytanie, które mi się nasunęło, dotyczące właśnie środków europejskich. Tworzy się pewien uprzywilejowany podmiot, czy grupa podmiotów na rynku, który będzie otrzymywać pieniądze ryczałtem. Czyli będzie niejako uprzywilejowany. Te podmioty będą także startować po środki unijne. Pytanie do pana ministra. Czy w konsultacjach międzyresortowych Ministerstwo Rozwoju… Chodzi o to, czy nie tworzy się sytuacja, że powstanie w pewnym momencie coś, co będzie niedozwoloną pomocą publiczną i będziemy musieli zwracać pieniądze. Jako przedstawiciel samorządu jestem tym bardzo

zainteresowany. Jeżeli bowiem okaże się, że zaistnieje sytuacja niedozwolonej pomocy społecznej – Komisja Europejska bardzo na to zwraca uwagę, a jak pani powiedziała wcześniej, mówimy o środkach Europejskich dla prywatnych szpitali – to będziemy mieć gigantyczny problem. I to jest moje pytanie do państwa.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Na tym etapie robię krótką przerwę i będę prosić pana ministra o ustosunkowanie się do dwóch problemów, które pojawiły się wśród tych czterech pytań, a które są ważne dla systemu. Co z chirurgią jednego dnia, która funkcjonuje w bardzo wielu niewielkich szpitalach, ale także w monoprofilowych szpitalach chirurgii jednego dnia, i co ze środkami unijnymi, które dzisiaj są już konsumowane przez przedsiębiorców prowadzących działalność leczniczą różnego typu? Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Chirurgia jednego dnia staje do konkursu ofert. Dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie porównania świadczeń zabezpieczonych przez szpitale będące w systemie zabezpieczania, ogłasza konkursy ofert na te świadczenia, które nie są należycie zabezpieczone, między innymi, w porównaniu z zabezpieczeniem, które jest obecnie. I to jest normalna metoda. Tak samo jest to robione w tej chwili. Zatem, ja tutaj nie widzę żadnego problemu. To jest normalna zasada. Natomiast, w konkursie ofert nie będzie mógł wystartować podmiot, który już taką usługę może wykonywać, bo podmiot szpitalny, który w ramach hospitalizacji może wykonywać również chirurgię jednego dnia, już do tego konkursu nie staje. To jest bardzo istotna zasada. I wyjaśnienie – tak, to staje w konkursie ofert. To nie zamyka możliwości finansowania tych świadczeń.

A odnośnie do tego, co pan mówi, że wartość nie określa kwoty – wartość określa skalę i również skomplikowanie procedur, bo w końcu jednorodne grupy pacjentów wyceniają... To, w jaki sposób system dopracował się jednorodnych grup pacjentów, pokazuje, jaka jest skala procedury, jaka jest skala zadania. Dlatego mówimy o pieniądzach, aczkolwiek w rzeczywistości mówimy o liczbie punktów w poszczególnych zakresach. To mówi o wykonanych świadczeniach.

Jeśli chodzi o środki europejskie, nie ma zagrożenia pomocy publicznej. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej – już nie pamiętam dokładnie, w którym artykule – mówi o swobodzie działania krajowego. Wiele jest systemów o charakterze solidarnym, a w przypadku systemu solidarnego nie ma mowy o pomocy publicznej. Ten temat był analizowany. Nikt uwag nie zgłaszał. Zresztą, również w interpelacjach te sprawy wyjaśniałem.

A jeśli chodzi o trwałość, to chcę państwa poinformować, że w przypadku konkursu ofert, jeśliby ten podmiot, o którym pani mówiła, przegrał konkurs, to również miałby problemy. Nikt nie gwarantuje tego, jeśli inwestor inwestuje i wykorzystuje środki europejskie, że w systemie konkursowania świadczeń ma obowiązek dostania tego kontraktu. Ta sytuacja jest nawet lepsza niż w tej chwili, ponieważ… W ogóle można by powiedzieć, że z reguły większość podmiotów korzystała w jakim sensie ze środków europejskich. Zatem, ryzyko braku możliwości wykorzystania tych środków oraz trwałości wykorzystania środków europejskich jest wręcz mniejsze.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, udzielam dalej głosu naszym gościom. Czy może pan odpowiedzieć wprost na pytanie – to pytanie padło od pana z prawej strony – czy podmiot medyczny, który dzisiaj konsumuje środki europejskie, jest zagrożony zwrotem tych środków, jeśli nie wejdzie do sieci? To jest to pytanie.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

To zależy od tego, czy wygra w konkursie… Proszę państwa, sytuacja taka, że będziemy aneksować umowy do końca świata, jest niemożliwa. Ten system tak nie może działać. Albo więc będzie w systemie zabezpieczenia, albo będzie mógł uzyskać umowę w konkursie ofert i wtedy ma normalną trwałość. A trwałość jest w ogóle definiowana w różny sposób – można być podwykonawcą świadczeń… Kwestia trwałości projektów europejskich to odrębne zagadnienie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do dalszych pytań. Mają państwo odpowiedź. Chyba jest precyzyjna. Bardzo proszę, pan na końcu, po prawej stronie. Nie pomijam lewej strony. Spokojnie. Proszę się przedstawić i mówić na siedząco.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA. Ja mam pytania, które dotyczą jedynie wskazanego poziomu onkologii i pulmonologii. O ile znane są kryteria wejścia do sieci, o tyle chciałbym dopytać pana ministra, jakie będą kryteria wyjścia z sieci tych ośrodków, które nie będą sprawować należytej opieki nad pacjentami.

Drugie pytanie, zarówno do entuzjastów tej regulacji, jak i ich przeciwników, w jaki sposób zmierzymy, czy dostępność do świadczeń poprawiła się i czy stan opieki nad pacjentami onkologicznymi w Polsce po wprowadzeniu tej ustawy poprawi się czy pogorszy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Teraz z tej strony. Pan się zgłaszał. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić i powiedzieć, kogo pan prezentuje.

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca Paweł Buszman:

Paweł Buszman, Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca. Pomimo wniosków całego środowiska, w dalszym ciągu przy tych zmianach, o których mówił pan minister, nie zauważamy jednej bardzo ważnej, to znaczy, wprowadzenia poziomu sercowo naczyniowego. Ja rozumiem, że kardiologia jest *enfant terrible* i słowem zakazanym na dzień dzisiejszy, ale mimo wszystko mówimy o 5 mln pacjentów z chorobą wieńcową, 10 mln pacjentów z nadciśnieniem i 1 mln z niewydolnością serca. Mówimy o tym, że duża część prywatnych inwestycji była właśnie w zakresie kardiologii, dzięki czemu mamy spadek śmiertelności sercowo-naczyniowej przy dużo niższych nakładach niż w przypadku onkologii. Przypomnę, że cały POLKARD to jest 500 mln zł, a prywatne inwestycje w kardiologii to ponad 600 mln zł, co dało konkretny efekt, czyli spadek śmiertelności sercowo-naczyniowych. Wszędzie na świecie jesteśmy bardzo dobrze oceniani, zarówno jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem z zawałem serca, jak i w całej kardiologii. Chciałbym zapytać, co było powodem tego, że nie uwzględniono naszej…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Muszę pana na sekundę przeprosić. Szanowne panie i panowie posłowie! Pan poseł Andrzej Sośnierz. Jest pan liderem w gadaniu, ale nie do mikrofonu. Bardzo proszę kontynuować.

Prezes Zarządu PAKS Paweł Buszman:

Chciałbym więc zapytać, co spowodowało, że tak ważna dyscyplina jak medycyna sercowo-naczyniowa – nie mówię tylko o kardiologii, bo myślę także o chirurgii naczyniowej, o kardiochirurgii – która przy monoprofilowym zestawieniu daje najlepsze wyniki, co wielokrotnie pokazywaliśmy i udowadnialiśmy, nie ma swojego poziomu, jak na przykład onkologia, gdzie ma być bezlimitowe płacenie za każdą usługę, natomiast cała kardiologia, poza opieką skoordynowaną w OZW, ma być opłacana ryczałtowo. Ja sobie tego nie wyobrażam, że rozruszniki, bardzo drogie defibrylatory i kardiowertery mają być w ramach ryczałtu. Pierwsze i zasadnicze pytanie dotyczy poziomu sercowo-naczyniowego. Uważam, że brak tego poziomu i zabezpieczenia na tym wczesnym etapie odpowiednich środków dla kardiologii będzie, niestety, negatywnie wpływać na demografię. A ponieważ jesteśmy dzisiaj również na wspólnym posiedzeniu komisji ekonomiczno-medycznej, chciałbym zwrócić uwagę na olbrzymi wpływ na rozwój i wzrost PKB w przypadku braku zabezpieczenia usług sercowo-naczyniowych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani się zgłaszała. Bardzo proszę o zabranie głosu i przedstawienie się. Kogo pani reprezentuje?

Specjalista w Polskim Związku Głuchych Agnieszka Michalczuk-Kościk:

Dzień dobry. Nazywam się Agnieszka Michalczuk-Kościk. Reprezentuję Polski Związek Głuchych. Posiadamy 21 ośrodków, w których rehabilituje się dzieci i młodzież z uszkodzonym słuchem. Moje pytanie dotyczy tego, że do sieci szpitali przyłączone są poradnie z AOS i rehabilitacją. Co ma począć PZG od czerwca 2017 r.? Czy nasze poradnie są zagrożone? Czy będą występować w konkursie ofert? Liczy się pacjent, a my oferujemy kompleksowość usług, bo to jest audiologia, otolaryngologia, logopedia. Oprócz AOS wchodzi rehabilitacja i jest też psychiatria – teraz nieujęta w ustawie, aczkolwiek, być może, będzie później. Nie jesteśmy państwową placówką. Jesteśmy stowarzyszeniem. Co ze stowarzyszeniem?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, panie ministrze – kardiologia i Polski Związek Głuchych.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Zacznijmy od Polskiego Związku Głuchych. Rehabilitacja w zakresie około 30% świadczeń jest dołączana do lecznictwa szpitalnego, i to w zakresie stacjonarnym. Natomiast, całość rehabilitacji ambulatoryjnej jest na rynku, tylko w zakresie stacjonarnym i dziennym. Dlatego tu nie ma żadnego ryzyka. To jest zupełnie inny podsystem, że tak powiem. Pani będzie normalnie startować w konkursie. Konkurs będzie zapewne ogłaszany, oczywiście, jeśli ta regulacja prawna zostanie przyjęta przez parlament i podpisana przez prezydenta. Będzie pani startować w konkursie zapewne w okolicy lipca, sierpnia czy września.

Natomiast, jeśli chodzi o kardiologię interwencyjną, to wchodzi ona w zakres… Została przyjęta taka makrozasada, że stawiamy na szpitale wieloprofilowe. Uważamy, że kompleksowość świadczeń – zabezpieczenie pacjenta od początku do końca – przy możliwości powstania różnych powikłań, jest lepiej realizowana w szpitalach wieloprofilowych. Tam również jest kardiologia i kardiologia interwencyjna, która stanowi znaczną część tego systemu. Natomiast, na pewno dla kardiologii interwencyjnej i chirurgii naczyniowej pozostaje sprawa rynku… Na rynku, tak jak teraz, w konkursie ofert. Tam, gdzie występują braki w dostępie do świadczeń, na pewno będą ogłaszane konkursy ofert. A co więcej, w przypadku kilku oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, ze względu na rzeczywiście istotne znaczenie kilku podmiotów kardiologicznych, rozważa się to, żeby niektóre z nich zostały wskazane tak zwaną metodą specjalną. Czyli, dyrektor oddziału, po odpowiednim umotywowaniu, wystąpi do ministra zdrowia o zgodę na umieszczenie tych podmiotów w systemie zabezpieczenia. Jednak o tym będziemy mówić dopiero wtedy, kiedy ustawa zostanie przyjęta w tej wersji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę o zgłaszanie się. Bardzo proszę do mikrofonu. Kogo pan reprezentuje?

Wiceprezes Zarządu Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ Piotr Trybalski:

Dzień dobry. Piotr Trybalski STOMOZ. Mam dwa krótkie pytania. Pierwsze. Prosiłbym o wytłumaczenie mi, jak będzie wyglądać kontraktowanie świadczeń nocnej i świątecznej pomocy, zgodnie z art. 55, w zakładach, które znajdą się w tak zwanej sieci, czyli będą zakwalifikowane do poziomów systemu podstawowego 1 do 3 i 5, jak jest w projekcie ustawy. Czy będzie to obligatoryjne dla wszystkich tych zakładów w przypadku, jeżeli nocna i świąteczna pomoc jest dzisiaj realizowana przez podmioty lecznictwa podstawowego ambulatoryjnego?

Drugie pytanie. W ustawie jest takie odstępstwo od generalnej zasady, na przykład, że dla drugiego poziomu zabezpieczenia szpitalnego należy mieć co najmniej trzy profile z pierwszego i trzy profile z drugiego z wymienionych profili, że na wniosek dyrektora, jeżeli dany profil działania jest specyficzny i jedyny na danym terenie, wystarczy jeden profil z drugiego poziomu. Natomiast, w rozporządzeniu ministra zdrowia czytam, że powinny być dwa profile z pierwszego poziomu i dwa z drugiego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan.

Członek Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych Krzysztof Milewski:

Dzień dobry. Krzysztof Milewski. Reprezentuję Zarząd Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych. Chciałbym zapytać pana ministra, skąd są dane o możliwości braku skutecznego leczenia powikłań w mniejszych ośrodkach kardiologii interwencyjnej. Tak naprawdę, obecna ustawa naraża na likwidację ośrodki, które nie są zrzeszone w wielospecjalistycznych szpitalach, a mimo wszystko skutecznie leczą ostre zespoły wieńcowe na peryferiach i w małych miejscowościach. Tak naprawdę, to podejście zagraża pacjentom poprzez wydłużenie czasu dostępu do specjalistycznej opieki kardiologicznej. Pacjenci będą musieli dłużej jeździć. Czy pan minister ma szczegółowe dane dotyczące tych powikłań i czy Ministerstwo zdaje sobie sprawę z tego, jak na efekt leczenia zwałów i ostrych zespołów wieńcowych wpłynie likwidacja tych małych ośrodków, znaczne wydłużenie czasu transportu i utrudnienie dostępu do ośrodków wielospecjalistycznych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa? Jeśli nie, bardzo proszę, panie i panowie posłowe. Zgłaszał się pan poseł Piotr Zgorzelski.

Poseł Piotr Zgorzelski (PSL):

Panie ministrze, mam takie pytanie. Co z pacjentami – w obliczu wprowadzanej przez pana reformy – mającymi wyznaczone terminy operacji w szpitalach, które nie wejdą do sieci proponowanej przez pana ministra?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, ja w ogóle dziękuję za…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Momencik, panie przewodniczący. Uspokajam panie i panów posłów. Panie pośle, pani poseł, bardzo proszę o niedyskutowanie między sobą w czasie posiedzenia Komisji. Wszyscy państwo posłowie także otrzymają głos. Nie muszą państwo cały czas trzymać rąk w górze, bo koledzy prowadzą listę. Wszyscy zabiorą głos. To jest posiedzenie… Panie przewodniczący, to jest trudne posiedzenie, bo jest wspólne dla trzech Komisji. Wiem, że jest nerwowo, bo i ustawa jest nerwowa, ale staram się prowadzić tak, aby każdy mógł się wypowiedzieć. Teraz mówi pan poseł Latos, a reszta państwa słucha.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Postaram się mówić krótko. Panie ministrze, po pierwsze, dziękuję za bardzo interesującą i precyzyjną prezentację. Szkoda, że nie można było jej zakończyć.

Po drugie, myślę, że jest wiele niedomówień, które powodują różnego rodzaju wątpliwości i szum medialny wokół tej ustawy, bo niewątpliwie jest to ustawa bardzo trudna i bardzo skomplikowana. Ma ona oczywiście swoje niebezpieczeństwa, ale akurat nie w tym obszarze, o którym jest mowa w mediach. W związku z tym, sądzę, że warto byłoby powrócić do tego, o czym pan minister mówił, żeby jeszcze doprecyzować i dodatkowo wyjaśnić, co będzie i ile środków będzie w konkursie, a co będzie poza konkursem, w ryczałcie i czy ewentualnie jest jakieś pole do przyszłych zmian, bo państwo – jak rozumiem – będą na bieżąco obserwować zmiany, jakie ta ustawa będzie wnosić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Marek Sowa.

Poseł Marek Sowa (N):

Panie przewodniczący, panie ministrze, wczoraj minister Radziwiłł mówił, że praktycznie z dnia na dzień zostaną zlikwidowane kolejki i radykalnie zwiększy się dostęp do usług medycznych. Powiedział coś całkiem przeciwnego niż pan minister Gowin,

który w sobotę powiedział – zacytuję – „Projekt w tym kształcie ograniczy dostęp pacjentów do usług medycznych. Nie tylko nie skróci kolejek, ale może wręcz doprowadzić do pogorszenia opieki zdrowotnej”. Chciałbym, aby ta rozbieżność została publicznie wyjaśniona. Być może pan poseł Sośnierz będzie mógł tu coś powiedzieć, bo pan minister i premier Gowin powoływał się na pana posła.

I drugie pytanie. Jeszcze gorsza rzecz. Pan minister powiedział, że alternatywą dla sieci szpitalnej jest prawdopodobnie upadek bardzo wielu placówek. Chciałbym, aby pan minister udostępnił wszystkim posłom analizy, na podstawie których padło tak radykalne stwierdzenie. Czy nie kosztem jakiejś zapaści, która zapewne w ciągu roku nastąpiła, nie chcą państwo zlikwidować 85% placówek prywatnych?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Głos zabiorą jeszcze pan poseł Kobyliński oraz panie poseł: Janyska, Czech, Radziszewska i Nykiel. Przez kilka minut posiedzenie poprowadzi mój kolega. Proszę, w tej kolejności. Pan poseł Kobyliński.

Poseł Paweł Kobyliński (N):

Dziękuję, panie przewodniczący. Paweł Kobyliński. Panie ministrze, Szanowne Komisje, dlaczego nie zdecydowali się państwo na pilotaż chociaż w jednym województwie. Robicie gigantyczną reformę. Ona jest obciążona pewnym ryzykiem. Może warto byłoby najpierw przećwiczyć to na mniejszym terenie i dopiero potem zobaczyć, czy działa. Państwo od razu zmieniają wszystko.

Chciałbym również spytać, co z Centrum Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. To rzeczywiście jest szpital specjalistyczny, natomiast jest to bardzo ważna instytucja chociażby dlatego, że w przypadku jakiejkolwiek awarii czy wypadku w kopalni, tam leczy się górników doświadczonych tragedią wypadku. Co ze szpitalami geriatrycznymi, a przede wszystkim ze szpitalem w Katowicach. To bodajże jedyny taki szpital w Polsce. Chciałbym się dowiedzieć, co z tym szpitalem.

Szanowny panie ministrze, ile łóżek szpitalnych będzie mniej. Jak, według pana, zmienią się kolejki, jeśli chodzi o dostępność do usług medycznych? Czy się zmienią, jak i w jakich obszarach najbardziej? Proszę podać analizy i proszę odpowiedzieć na moje pytania na piśmie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Jerzy Meysztowicz (N):

Dziękuję bardzo. Żeby nam nie uciekły te pytania, to bardzo bym prosił, aby pan minister odpowiedział teraz na te trzy, które zostały zadane, a potem przejdziemy do następnych pytań posłów.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Jeśli na piśmie, to na piśmie…

Przewodniczący poseł Jerzy Meysztowicz (N):

Wcześniejsze nie miały być na piśmie.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

…natomiast, jedno wyjaśnienie. Wynika ono z tego, że jednak pan poseł nie czytał tej wersji. Stąd potrzeba wyjaśniania… Można znaleźć na stronie RCL-u, a poza tym, ja starałem się to wszystko wyjaśnić. Szpital w Siemianowicach Śląskich spełnia kryterium szpitala drugiego stopnia. Na pozostałe pytania odpowiem na piśmie, tak jak pan sobie życzył.

Jeżeli chodzi o przenoszenie kolejek, jest bardzo poważna obawa, że wiele szpitali upadnie czy nie wejdzie do sieci. Zdecydowana większość wchodzi. Nie ma z tym żadnego problemu. A ci, którzy nie znajdują się w systemie zabezpieczenia, a na pewno ci, którzy są więksi i mają znaczący kontrakt, a więc odgrywają istotną rolę na rynku, z pewnością – chociaż, jest to oczywiście zależne od decyzji dyrektora lokalnego oddziału NFZ i od samej procedury konkursowej – znajdą się w systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zatem, takie sytuacje – w moim przekonaniu – to są przede wszystkim rozważania teoretyczne. Jednak, jaka jest tu regulacja prawna.

Otóż, już obecna ustawa – bodajże w art. 20 – określa procedurę przeniesienia pacjenta z jednej kolejki do drugiej. Ta procedura jest określona w obecnym systemie.

I dlatego właśnie mówiłem, że my wkładamy ten podsystem w system, który działa obecnie, we wszystkie regulacje, jakie obecnie działają i w doktryny, jakie działają obecnie. Dlatego też dla pana z uzdrowiska taka odpowiedź, przy okazji – oczywiście, że regulacje z planem finansowym NFZ działają tak samo jak do tej pory. Zgodnie z procedurą, można dokonywać zmian w planie finansowym. Art. 20 tej ustawy mówi o tym, że wtedy, kiedy dany świadczeniodawca nie wykonuje świadczeń, pacjent może przejść do innej kolejki z zachowaniem daty rejestracji oraz kategorii – stabilny albo pilny. Tak więc, ten mechanizm działa, chociaż jestem głęboko przekonany, że to jest tylko pewne wyobrażenie medialne, że takie problemy będą występować. Jednak, być może – podobnie zresztą jak w konkursie ofert – jeślibyśmy ogłosili konkurs ofert, a w konkursie ofert, proszę państwa, jest taka sytuacja… To jest sytuacja zero jedynkowa – ktoś wchodzi, a ktoś nie wchodzi. Zatem, ten, kto miał kontrakt, w czasie konkursu może nie wejść. Tak na pewno będzie się dziać w czasie konkursowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i na pewno tak będzie się dziać w przypadku rehabilitacji leczniczej. To jest oczywiste. Podmioty, które mają w tej chwili kontrakty… Oczywiście, to będzie konkurs, więc ja nie wiem, jaki będzie jego wynik, ale na pewno zdarzą się takie sytuacje, że ktoś, kto ma teraz kontrakt, przegra konkurs, a wygra ktoś, kto takiego kontraktu do tej pory nie miał. Takie sytuacje będą nawet częściej występować w sytuacjach konkursowania ofert niż w systemie zabezpieczenia, kiedy kapitalna większość świadczeń jest wykonywana w systemie zabezpieczenia. Jednak mechanizm przenoszenia miejsca w kolejce jest określony w ustawie, więc na pewno, jeśli pojawią się takie wątpliwości albo problemy, odpowiednie komórki NFZ będą służyć informacją i pomocą. Na pewno będzie procedura, która będzie ułatwiać przenoszenie czy przechodzenie pacjenta z jednej kolejki do drugiej.

W przypadku pana posła Latosa – projekt ustawy daje delegację ministrowi zdrowia do określenia grupy świadczeń, czy w ogóle świadczeń, które podlegają odrębnemu finansowaniu. Zatem, ta sytuacja może zostać rozszerzona. My przedstawiliśmy teraz propozycję całościową, obejmującą szereg wybranych grup świadczeń czy nawet samych zdefiniowanych świadczeń, ale po pewnej dyskusji – bo w końcu projekt rozporządzenie ministra zdrowia będzie jeszcze konsultowany społecznie, więc chwilę będziemy się nad tym zastanawiać – być może w wyniku tych konsultacji społecznych, ta lista zostanie nieco rozszerzona. Poza tym, może być rozszerzona w trakcie działania systemu i od nowego okresu rozliczeniowego. Wtedy do wybranej grupy świadczeń finansowanych odrębnie mogą być dołączone inne świadczenia. Będziemy to na bieżąco obserwować, monitorować i ewentualnie będziemy reagować.

Jeśli chodzi o kardiologię interwencyjną, proszę państwa, wszyscy znamy takie sytuacje, kiedy w jednym szpitalu są dwa stoły i dwa podmioty, które ze sobą konkurują. A te dwa stoły funkcjonują w jednym podmiocie publicznym. Ta sytuacja jest nienormalna, czego byśmy tutaj nie opowiadali. Ta sytuacja wymaga naprawy. Natomiast, jeśli na podstawie planu zakupu świadczeń i z analizy mapy potrzeb zdrowotnych będzie wynikać, że jest zapotrzebowanie na świadczenia kardiologii interwencyjnej, to na pewno zostanie ogłoszony konkurs. I to jest ten elastyczny system, który ma umożliwić dostęp do świadczeń zdrowotnych w tych obszarach, które nie są dostatecznie zabezpieczone w systemie zabezpieczenia.

Kolejne pytanie, które… Chyba odpowiedziałem na wszystkie… Już odpowiedziałem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dobrze. Dziękuję bardzo, panie ministrze. Pani poseł Janyska.

Poseł Marek Sowa (N):

Panie przewodniczący, w kwestii formalnej.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę.

Poseł Marek Sowa (N):

Zadałem kilka pytań i na żadne nie padła odpowiedź. Jestem na drugim posiedzeniu Komisji, podczas którego pan minister nie udziela posłom odpowiedzi na pytania. Nie akceptuję takiej sytuacji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, ja pana całkowicie rozumiem. Ja też jej nie akceptuję, ale…

Poseł Marek Sowa (N):

To proszę przymusić pana ministra,. żeby odpowiadał na pytania posłów.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Obserwujemy sytuację i pan jest od tego, żeby tę sytuację ocenić. Minister odpowiada tak, jak uznaje za stosowne. Ja podzielam pana opinię. Bardzo proszę, pani poseł Janyska. A pana ministra proszę o udzielanie odpowiedzi. Ja wiem, że pan jest w bardzo trudnej sytuacji, bo te pytania są trudne, ale proszę się starać odpowiadać na pytania. Bardzo proszę, pani poseł Janyska.

Poseł Maria Małgorzata Janyska (PO):

Dziękuję bardzo. Na początek chciałabym prosić pana ministra, aby tej dyskusji – problemów, jakie tu zgłaszamy i problemów, jakie są zgłaszane w przestrzeni publicznej od dłuższego czasu – nie sprowadzał do wyobrażeń medialnych, szumu medialnego i żeby nie podpierał się pan cały czas, panie ministrze, jakimiś problemami wymyślonymi przez media, bo spłyca pan problem. Tak naprawdę, nie w porządku zachowuje się pan wobec osób, które są praktykami, wobec ekspertów, tych, którzy naprawdę z troską odnoszą się do tego zakresu i są odpowiedzialni za zarządzanie placówkami i również z troską odnoszą się do sytuacji pracowników, którzy tam są. Przecież w wielu przypadkach losy tych pracowników również są nieznane.

Ja pozwoliłam sobie przed posiedzeniem Komisji – żeby nie przedstawiać wyobrażeń medialnych, szumu medialnego, przez przypadek wpisałam się w pana życzenia – wystąpić do wszystkich starostów z mojego okręgu wyborczego i do wszystkich dyrektorów szpitali, aby sprawdzić, jak wygląda ta sytuacja u nich i jakie zgłaszają problemy. Otóż, problemy i obawy, jakie zgłaszają, były już tu prezentowane przez posłów – miedzy innymi, przez posła Sowę i posła Zgorzelskiego – więc nie będę już tu powtarzać zagadnień dotyczących kolejkowania. Być może pan odpowie, a być może, niestety, nie. Powiem jednak, że starostowie i dyrektorzy szpitali widzą wielki problem w odejściu od zasady, że pieniądz idzie za pacjentem i że będzie zryczałtowana forma finansowania pracy placówek, które znajdą się w sieci. Przedstawiają, że jest problematyczne to – i proszę o odpowiedź na pytanie, czy tak jest rzeczywiście, bo nie jestem zorientowana, ponieważ jestem w Komisji Gospodarki i Rozwoju – czy jako bazę do szacowania wielkości ryczałtu na następne cztery lata przyjęto rok 2015, bo taką miałam informację. Jeśli jest tak, że jeden rok ma być wyznacznikiem, to od razu widać, że może to być nieobiektywne, ponieważ lata są nierówne. W jednym roku jest więcej przypadków, w drugim mniej, i to z przyczyn obiektywnych – przecież, nie z powodu tego, że ktoś sobie na życzenie zachorował lub nie. To jest pierwsze pytanie.

Kolejny element, jaki podkreślają praktycy, jest taki, że z powodu ryczałtowego wynagradzania będą dwie możliwości, żeby zmieścić się w ryczałcie, utrzymać tę placówkę i jej nie zadłużyć, żeby zachowana była bieżąca płynność finansowa – albo ograniczane będą przyjęcia, bo, jak twierdzą, w ramach ryczałtów nie będą w stanie przyjmować pacjentów bez ograniczeń, albo będą się zadłużać. Ta druga możliwość jest trudna do przyjęcia, ponieważ organy prowadzące raczej nie będą tego robić. One będą musiały to finansować albo będą musiały likwidować szpitale chyba, że właśnie o to chodzi, żeby to starosta zgasił światło w takim szpitalu i żeby odpowiedzialność za zamianę tego systemu przerzucić na starostów.

Kolejnym problemem, jaki jest zgłaszany, jest to, że część świadczeń specjalistycznych będzie przerzucona do sieci szpitali. W związku z tym, istnieje obawa o dalszy los dobrze prosperujących…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Pani poseł, przepraszam…

Poseł Maria Małgorzata Janyska (PO):
Już kończę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Proszę o ciszę na sali.

Poseł Maria Małgorzata Janyska (PO):
Zmierzam już do końca. Pod znakiem zapytania stoi dalsze funkcjonowanie placówek prywatnych, które poświęciły pieniądze i zabezpieczają świadczenia, zwłaszcza w małych miejscowościach, przy częstym braku opieki specjalistycznej. Nawiążę więc do środków europejskich, bo absolutnie zgadzam się z tym, że jeśli ktoś ryzykuje na podstawie obecnych, wiadomych warunków rynkowych i zasad, przystępuje do konkursu i przystępuje też do konkursu o środki europejskie na sfinansowanie pewnego zadania, to odpowiada za funkcjonowanie w okresie trwałości projektu. Natomiast, jeśli w tym czasie zmienia się system i robi to państwo, to jest to już inna sytuacja, proszę państwa. Powoduje to, że bez obiektywnych warunków rynkowych mają zupełnie zmienioną sytuację i być może będą obarczeni obowiązkiem zwracania środków europejskich. Jak się domyślam, wystąpią wówczas z roszczeniem do Skarbu Państwa.

Szpitale zgłaszają również problemy odnośnie do oddziałów, które albo już funkcjonują, ale działają bardzo krótko, albo są już na ukończeniu. Takie są również w moim okręgu wyborczym – na przykład, oddziały paliatywne. Czy to będzie w ramach konkursu, jeśli nie funkcjonuje dwa lata, jeśli jest to oddział, który będzie dopiero otwierany? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Bardzo dziękuję pani poseł. Szanowni państwo, czy potrzebują państwo przerwy. To proszę o ciszę na sali. Pani poseł Czech.

Poseł Anna Czech (PiS):
Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, państwo posłowie i wszyscy zebrani, mówię jako poseł, ale chciałabym również zabrać głos w imieniu…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Przepraszam bardzo, bo pan minister postanowił teraz komuś coś wytłumaczyć. Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Anna Czech (PiS):
Wypowiadam się jako poseł, ale również reprezentuję świadczeniodawców, przynajmniej z Małopolski, którzy od lat postulowali, aby wprowadzić koordynację i porządek w systemie ochrony zdrowia, bowiem diagnoza od wielu lat jest taka, że struktura szpitalnictwa w Polsce jest nieuporządkowana, brak jest przejrzystych zasad referencyjności czy odpowiedzialności, co powinny szpitale powiatowe, jakie są zadania dla szpitali wojewódzkich, a jakie dla klinicznych. Powstawała konkurencja, nawet niezdrowa, w tworzeniu wąskospecjalistycznych oddziałów w powiatach. Całkowity brak koordynacji w ochronie zdrowia na szczeblu wojewódzkim, a także centralnym, wpływał bardzo negatywnie. Brakowało również kompleksowości leczenia. Natomiast, zaangażowanie kapitału prywatnego w organizację świadczeń ochrony zdrowia oczywiście było, ale wyłącznie w wysokodochodowe dziedziny, prawie zawsze w trybie planowym, oczywiście z wyjątkiem OZW. Podmioty publiczne były więc dyskryminowane, bo musiały realizować wszystkie świadczenia, które są potrzebne pacjentom, także te mniej opłacalne albo całkowicie nieopłacalne.

Dlatego dziękuję panu ministrowi za ogromną pracę nad siecią szpitali, a także Funduszowi za współpracę, bo jest to krok w dobrym kierunku. Sieć szpitali poprawi bezpieczeństwo pacjenta, zapewni dostęp do świadczeń w monecie zagrożenia życia i zdrowia, a to jest najważniejsze. Pozwoli też na stabilne finansowanie szpitali, ale oczywiście w kontekście bezpieczeństwa pacjenta. Natomiast większość innych podmiotów, które tutaj to podnoszą – ja nie mówię, żeby nie funkcjonowały na rynku – po prostu będą

musiały konkurować o te świadczenia, które do tej pory były bardzo lukratywne. Myślę też, że kompleksowość – to jest bardzo ważna sprawa – wpłynie pozytywnie na proces leczenia i na koordynację.

Jeśli chodzi o wynagrodzenie ryczałtowe, to myślę, że ono wpłynie na to, że zostaną wyeliminowane porady wielokrotnie powtarzane, bo to już nie będzie tak rozliczane. Natomiast, umowa z NFZ – tak jak czytaliśmy – będzie po pewnym czasie waloryzowana – nie wiem, czy po roku, czy ten czas jeszcze się zmieni – i będzie brana pod uwagę liczba i jakość świadczeń… Już kończę.

Generalnie, powiem tak. Ustawa idzie w dobrym kierunku, porządkuje obecny chaos i pseudokonkurencję w środowisku usług medycznych. Wspiera też te podmioty, które całodobowo pełnią ostre dyżury, świadczą pomoc i realizują świadczenia zdrowotne dla pacjentów, co jest bardzo istotne. Tak naprawdę, w tej ustawie – aczkolwiek ona jest nazwana o sieci szpitali – chodzi o pacjenta, i za to dziękuję. Uważam, że jest to zmiana w dobrym kierunku. A ponieważ żadna ustawa nie jest doskonała, to na pewno na podstawie doświadczeń będą dokonywane korekty. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Radziszewska. Bardzo proszę o dyscyplinę czasową. Potem pani poseł Nykiel.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo. Mam nadzieję, że pan przewodniczący udzieli mi tyle czasu, ile mojej poprzedniczce.

Jest rzeczą oczywistą, że każdy z nas chciałby, aby sytuacja była taka, żeby nie należało jej poprawiać i myśleć o nowych rozwiązaniach, ponieważ to, co mamy do tej pory, w jakimś sensie można i trzeba poprawić. Natomiast, ja uważam, że nie da się zaczarować rzeczywistości opowiadając farmazony, że to, co proponuje dzisiaj pan minister Radziwiłł i PiS, poprawi bezpieczeństwo pacjenta. Myślę, że efektem tych zmian wprowadzonych przez Ministerstwo będą chaos i zapaść w ochronie zdrowia – mam tylko nadzieję, że jak najmniej śmierci. Jeżeli kryteria, które wpuszczają poszczególne placówki do sieci szpitali, są kryteriami ustawowymi, sztywnymi, ale nie biorą pod uwagę tego, co mamy na rynku – niestety, w żadnym aspekcie nie biorą pod uwagę jakości świadczonych usług – a mają służyć tylko temu, co pan minister dzisiaj powiedział i co pokazał na slajdach, czyli optymalizacji liczby oddziałów, uporządkowaniu struktury szpitalnej, stworzeniu elastycznego systemu, który poprawi dostępność do świadczeń medycznych w Polsce, to muszę powiedzieć, że ja tego tak różowo nie widzę. Bardzo więc martwię się tym, że pan minister i Ministerstwo, wsłuchując się w to, co od wielu tygodni pada w przestrzeni publicznej ze strony osób, która znają się na tej materii – mimo że, to prawda, część poprawek wprowadzono – to jednak próbują tę rzeczywistość zaczarować, zamiast poprawić to, co proponują w ustawie. Ja jestem bardzo ciekawa, w jaki sposób będą zabezpieczone interesy pacjentów, którzy nie idą do szpitala, nie są leczeni szpitalnie i nie trafiają potem do lekarzy specjalistów przyszpitalnych w ramach koordynowanej opieki poszpitalnej. Jak będzie zabezpieczona ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla pacjentów nieleczonych szpitalnie i skąd będą lekarze specjaliści, bo dzisiaj, w wielu przypadkach, oni nadal są w poradniach przyszpitalnych, ale udzielają świadczeń różnym pacjentom? Bardzo proszę o przedstawienie analiz dotyczących tej zmiany, bo przecież państwo musieli oprzeć tę propozycję na konkretnych analizach. Bardzo też proszę o odpowiedź i dostarczenie analiz dotyczących zabezpieczenia pacjentów w ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Pan minister powiedział, że zdecydowana większość podmiotów świadczących usługi szpitalne wchodzi do sieci, ale – mimo, że półtora miesiąca temu prosiłam, żeby przedstawił nam pan listę placówek, które nie wchodzą do sieci – do tej pory pan minister tej listy nie przedstawił. Wprowadzając zmianę ustawową musi pan wiedzieć, które placówki – i w jakim charakterze, trybie i zakresie działające – będą musiały stawać do konkursu.

Co dziwne, pan z taką swobodą mówi, że jest sieć, ale potem wszystko – szpitale monoprofilowe, zabezpieczenie ostrych stanów, szpitale wysoko i wąskospecjslityczne, jak chociażby ten, o którym mówiła pani ze stowarzyszenia osób głuchych – wrzuca

pan w konkurs, jakby pieniędzy konkursowych było co najmniej tyle, ile będzie w sieci. Jak chce pan zabezpieczyć pacjentów tych szpitali, które wypadną z sieci? Proszę pana jeszcze raz o dostarczenie listy podmiotów, które na podstawie tej ustawy nie dostaną umowy z NFZ, czy później z tym funduszem, jaki wymyślicie, i nie wejdą do systemu świadczenia usług dla pacjentów, którzy, jak na razie, są ubezpieczeni. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę o przestrzeganie dyscypliny czasowej. Pani poseł Nykiel.

Poseł Mirosława Nykiel (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja mam dwa bardzo konkretne pytania. Pierwsze, dotyczy dostępności pacjentów do świadczeń po przeprowadzonych zmianach, a drugie, dotyczy spójności w zarządzaniu państwem. Jeśli chodzi o pierwszy temat, dostępność pacjentów do świadczeń i to w jaki sposób ta dostępność się zwiększy, jeśli już teraz eksperci szacują, że 400 placówek straci kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, podam kilka przykładów z mojego okręgu wyborczego – szpitale w Bystrej, w Istebnej, w Ustroniu.

I drugi temat. Wiąże się z nim to – jak prognozuje pan wicepremier Gowin – że te zmiany grożą upadkiem całego sektora szpitali prywatnych, a przypomnę, że często te szpitale świadczą usługi na najwyższym poziomie światowym. 27 mld zł pójdzie na sieć, a niecałe 3 mld zł na pozostałe, w tym sektor prywatny. Gdzie tu jest spójność w zarządzaniu państwem, jeśli wicepremier Morawiecki mówi w swojej Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, że ważnym impulsem rozwojowym będzie inwestycja w sektor prywatny, a tu państwo proponują coś, co temu zagraża? O tym już głośno się mówi. Mówią o tym eksperci z branży medycznej, nie tylko posłowie i ludzie pracujący w tych placówkach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Zembala. Proszę o dyscyplinę czasową.

Poseł Marian Zembala (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, być może moje dwa pytania pozwolą wyjść z tej konwencji w ochronie zdrowia na szerszy poziom. Po pierwsze, dobrze się stało, że rok 2015 jest punktem odniesienia, panie ministrze i panowie prezesi NFZ, bo rzeczywiście – cieszymy się z tego razem – to był najlepszy rok w historii za sprawą 72 mld zł Funduszu. W związku z tym, że więcej zarabialiśmy, więcej ludzi pracowało, zwiększenie o 3,5 mld zł plus 4 mld w Ministerstwie Zdrowia. Natomiast, myślę, że wszyscy zapominamy, że to jest ciągle jeden płatnik. Moje pytanie jest więc następujące. Mam świadomość zarówno dokonań wszystkich moich poprzedników – mówię to wyraźnie – jak i następców. Myślę, że ostrość wypowiedzi powinna być bardziej merytoryczna, jeśli mogę prosić. I chcę powiedzieć, że zaryzykuję zakład – jestem osobą majętną, ale zaryzykuję – że przegralibyśmy nawet z Rumunią, bo wszędzie są dodatkowe ubezpieczenia. My mamy tylko jednego płatnika. I cały ten spór dotyczy dyskusji wokół jednego płatnika i nawarstwiającej się konsumpcji z jednego płatnika.

W związku z tym, chciałbym prosić pana ministra i państwa, żebyśmy razem myśleli, że dodatkowe ubezpieczenia są koniecznością, wynikają z poziomu zarobków. Wówczas część sektora potrzebnego – nie ma wątpliwości – ale nie mieszczącego się, tak jak dzisiaj, na jednej ulicy… Nagle powstały trzy podmioty i jeden wysadzał drugiego. Proszę państwa, proszę spojrzeć na rentowność szpitali. To, po pierwsze.

Po drugie – znowu, może naiwnie, może prymitywnie, ale to powiem – ciągle mam odczucie, że za mało uczymy się od mądrzejszych, którzy są przed nami. W większości krajów Unii – żeby nie zaryzykować stwierdzenia, że we wszystkich – nikt nie dyskutuje – przy szacunku dla wszystkich podmiotów – że wycena punktów w szpitalu powiatowym – powtarzam jeszcze raz, przy całym szacunku – ponadpowiatowym, tak zwanym wojewódzkim i akademickim, jest różna. Nie dyskutują Francuzi. Nie dyskutują Niemcy i nie dyskutują Czesi. Polacy mówią – wszyscy leczymy na najwyższym światowym poziomie. W związku z tym, bądźmy uczciwi wobec siebie i troszeczkę uczmy się od mądrzejszych.

Trzeci punkt. Państwo co chwilę dotykają sprawy Unii, i dobrze. Też czuję się jako jeden z tych posłańców. Kiedy byłem ministrem – oczywiście z zespołem, bo bez zespołu nigdy bym tego nie zrobił, co zawsze, całe życie będę podkreślać – uzyskaliśmy 12 mld zł. Jednak państwo już tego nie pamiętają – lub część nie chce pamiętać – że jednym z warunków tego, że wygraliśmy te pieniądze, po poprzednich trzech latach, było to, że Unia nie akceptowała takiego faktu. Część podmiotów lekko mówiła „wieczorem nie przyjmuję pacjentów – nie, i koniec". W związku z tym, proszę państwa, różne argumenty, bałamutne, jak rozporządzenie, że karetka musi jechać najbliżej…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle…

Poseł Marian Zembala (PO):

Kończąc, chcę powiedzieć, że czas na dodatkowe ubezpieczenia… Ja rozumiem – wchodzi system, który porządkuje system. Czas na ubezpieczenia. Wtedy nie byłoby tej rozterki, jaka jest. Tak jest, dodatkowe ubezpieczenia. Wybieram jeden szpital, jedno łóżko, 15 pielęgniarek. Koniec.

Trzecia uwaga. Jeżeli rzeczywiście o tym mówimy, to chciałbym prosić pana ministra, ale i Fundusz – nie zapominajmy, jak wiele zrobił Fundusz. I błagam państwa, nie dokonujcie pochopnych ocen wobec dokonań Funduszu, żeby wyraźnie było powiedziane – płacę temu, kto świadczy pracę w nocy, bo wtedy jest gotowość do świadczeń, bierze się powikłania, a nie ma bałamutności, że przyjmuje się tylko planowe zabiegi w niedzielę. Dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Scheuring-Wielgus.

Poseł Joanna Scheuring-Wielgus (N):

Panie ministrze, tutaj już kilka osób odwoływało się do sieci szpitali, więc ja poprosiłabym o konkret. Niech po prostu pan tu powie, kiedy zostaną opublikowane listy sieci. Kiedy? Chcemy znać konkret. Proszę nam podać miesiąc. Proszę nam podać datę, konkrety.

Druga sprawa. Powiedział pan, że „sytuacja wcześniej była nienormalna" – cytuję pana wypowiedź. Poprosilibyśmy również o konkret, czyli o obliczenia, skąd takie stanowisko. Na podstawie czego?

Dwa konkrety. Pierwszy – kiedy będzie opublikowana lista sieci. I drugi, jeśli chodzi o finansowanie – proszę podać państwa obliczenia, na podstawie których doszliście do takiego wniosku, aby wywracać do góry nogami to, co już jest.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Małecka-Libera. Mamy ograniczenie czasowe w dostępie do sali. Bardzo proszę panią poseł o dyscyplinę czasową.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, moje pytanie będzie nieco przewrotne, ponieważ wszyscy się zastanawiamy, kto nie znajdzie się w sieci i ile to będzie szpitali. Ja chciałabym odnieść się do wypowiedzi pana i posłów, którzy powiedzieli, że, po pierwsze, zdecydowana większość szpitali będzie w sieci, że nie będą likwidowane szpitale. Na poprzednim posiedzeniu Komisji użył pan nawet sformułowania, że wszystkie szpitale będą w sieci. Pytanie, po co więc jest robiona ta ustawa i co ma na celu. Jeżeli ma na celu zwiększenie kompleksowości i dostępności dla pacjenta – z czym pełna zgoda – to uważam, że zastosowane kryteria są fatalne, bo przede wszystkim powinni państwo wziąć pod uwagę jakość usługi, efektywność zarządzania i leczenia, a tego absolutnie nie podnosicie. To pierwsza kwestia. A druga kwestia, to epidemiologia, o której tu było częściowo mówione, bo przede wszystkim na podstawie epidemiologii w mapach potrzeb zdrowotnych było jasno powiedziane, jakie tendencje i kierunki planowania powinny być w danych regionach.

Na koniec krótkie pytanie. Co ze szpitalami, które mają kontrakt, na przykład, od roku?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Wiadomo, co. Pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, naszym zdaniem, ta ustawa jest zła. Państwo maskują sytuację, w której po prostu brakuje środków z budżetu państwa. Wydaliście pieniądze na zupełnie inne sprawy. Przypomnę tylko, że jesteśmy państwem na przedostatnim miejscu w Europie – chyba tylko przed Albanią – jeśli chodzi o środki poświęcone na służbę zdrowia. Bez pieniędzy nie da się zrobić dobrej służby zdrowia.

Mam krótkie pytania. Czy państwo policzyliście, ponieważ zakładacie, że na te szpitale, które wypadną poza sieć, przeznaczacie tylko 9% środków… 9% z całej puli na sieć. Jeżeli zakładamy, że będzie to 400 placówek, to średnio na placówkę wypada 7,5 mln zł. A jeżeli 200 placówek się nie zakwalifikuje, to za 15 mln zł i tak nie utrzyma się żaden szpital.

Następne pytanie. Panie ministrze, co ze szpitalami…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, przepraszam. Proszę o ciszę na sali. Wszystkich niezainteresowanych tematem proszę o opuszczenie sali. Bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Co ze szpitalami jednoprofilowymi? W moim województwie jest taki ośrodek ortopedyczno-rehabilitacyjny, w który niedawno włożyliśmy mnóstwo pieniędzy na wyposażenie sal operacyjnych. Oni dzisiaj są zagrożeni. Co ze Szpitalem Neuropsychiatrycznym w Opolu?

I odbiegnę od tych pytań. Mam pytanie od diagnostów laboratoryjnych. Państwo przeprowadzili analizy tego, co się zdarzyło. Wyprowadzono laboratoria z wielu szpitali. To jest uzasadnione ekonomicznie, ale czy była taka analiza, czy było to uzasadnione korzyścią dla pacjentów, ponieważ z małych miejscowości i powiatów materiał musi być przewożony w specjalnych warunkach do laboratoriów w dużych miastach. Jest jedno stwierdzenie zasadnicze, że gorszy jest źle wykonany wynik niż niewykonany wynik, dlatego, że odbija się to na zdrowiu pacjenta. Zapomnieliśmy wszyscy o tym, do czego służy zespół analityków. On nie tylko robi badania, ale pomaga również w analizie, przeprowadzaniu szybko badania z korzyścią dla pacjenta. Zapomnieliśmy również o ich roli w przypadku zakażeń wewnątrzszpitalnych. Czy państwo zrobili taką analizę, jak widzicie miejsce laboratoriów w tej ustawie?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, mówił pan o kryteriach, które musi spełniać szpital. Ja mam pytanie o kryteria, jakie musi spełniać ambulatoryjna opieka specjalistyczna, czyli AOS, oraz rehabilitacja, mówi się bowiem, że tylko 33% wejdzie do tej sieci. W związku z tym, pytanie, co z resztą.

Z tym wiąże się też moje następne pytanie, ponieważ mówił pan, panie ministrze, że będzie jeden podmiot. Będzie mieć w sobie szpital, AOS, rehabilitację, nocną i świąteczną pomoc lekarską. Zadaję pytanie w kontekście personelu medycznego. Jak pan to widzi w związku ze zwiększeniem nakładów pracy, ponieważ personel medyczny będzie musiał o wiele więcej pracować. To, po pierwsze. A przede wszystkim, jak pan widzi prawo pracy w stosunku do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pracowników z tego samego zakładu?

Następnie mówił pan o kardiologii inwazyjnej, że…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przepraszam. Proszę o ciszę na sali. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Trzeci punkt to kardiologia inwazyjna. Mówił pan, że tutaj trzeba zrobić konkursy. A co ze stacjami dializ? Czy tutaj konkursów nie będzie? Dlaczego stacje dializ mają być inaczej traktowane niż kardiologia inwazyjna?

Koordynacja, panie ministrze. Szpitale będą musiały bardzo często, właściwie bezkosztowo, zapewniać pacjentom wszystko. Owszem, koordynacja jest potrzebna, ale czy w tym wypadku chcemy zupełnie odejść od troski ze strony pacjentów i ich rodzin o ich zdrowie.

Mówił pan też o inwestycjach. Inwestycje w sektor prywatny – szpitale nie, ale lekarz rodzinny tak. Prywatne praktyki lekarzy rodzinnych, oczywiście do godziny 18.00, ale po godzinie 18.00, w soboty i niedziele, to już jest problem zakładów publicznych. Jak widzi pan ten problem?

A tak dużo było zmian w tej sieci szpitali, że chyba powtórzę pytanie pani poseł Małeckiej-Libery, po co ta sieć, jeżeli 91% ma się w niej znaleźć… Czemu, tak naprawdę, ma to służyć? Jednak najistotniejsze pytania, to są te – co z AOS i rehabilitacją i jakie będą kryteria, że wejdą do sieci, a w rezultacie reszta trafi do konkursu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę o utrzymywanie dyscypliny czasowej. Zostało nam 12 minut. Będę restrykcyjnie przestrzegać czasu. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja będę kontynuować wypowiedzi moich kolegów -po co w ogóle ta reforma. Czy nie należałoby zmienić kolejności i zająć się przede wszystkim reformą i wprowadzeniem porządku w podstawowej opiece zdrowotnej, żeby uregulować zadania lekarza rodzinnego – co mówiła moja poprzedniczka – w związku z nocną i świąteczną pomocą. Bardzo wiele szpitali już dzisiaj ma swoją nocną i świąteczną pomoc, nie tylko dlatego, żeby uzyskać więcej środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale dlatego, że taka była konieczność w danym powiecie. Działa przecież wiele miejsc z nocną i świąteczną pomocą w ramach praktyk indywidualnych czy grupowych lekarzy rodzinnych. Uporządkujmy sprawę lekarza rodzinnego.

Zajmijmy się też drugim elementem, jakim jest ratownictwo medyczne. Uporządkowałoby to sprawy obciążonych szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, ponieważ pacjenci błąkają się również po tych instytucjach. Następnie uregulujmy sprawę związaną z ambulatoryjną opieką specjalistyczną pozaszpitalną, nie tą koordynowaną, bo tam pacjenci również powinni być uszeregowani, żeby uzyskiwać swoje świadczenia. Dopiero na koniec, po uporządkowaniu tych podstawowych spraw, zajmijmy się szpitalami, a będzie to wynikać z tego wszystkiego, o czym mówiłem poprzednio, czyli z regulacji POZ, ratownictwa medycznego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale tej nie będącej kontynuacją leczenia szpitalnego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Kołodziej. Przygotowuje się pan poseł Kamysz.

Poseł Ewa Kołodziej (PO):

Dziękuję. Na początek trochę ogólnie, a później bardzo szczegółowo…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dwie minuty.

Poseł Ewa Kołodziej (PO):

Mam silne wrażenie, że szpitale przypadkowo i losowo trafią do sieci. Sieć szpitali nie koresponduje przede wszystkim z mapą zapotrzebowania zdrowotnego, ponieważ nie uwzględnia się, na przykład, migracji pacjentów. Sieć szpitali zabije również konkurencję, ponieważ pieniądze będą z góry, a nie będą szły za pacjentem. To z kolei spowoduje duże problemy z dostępnością i przede wszystkim z jakością usług. Pożegnamy się całkowicie z jakością usług. Konkludując, będziemy mieć do czynienia z brakiem bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, bo fizycznie będzie mniej podmiotów medycznych. Fizycznie będzie mniej lekarzy na rynku, a nie więcej. To jest prosta logika. Jeżeli więc mówią państwo, że będzie większa dostępność, że będzie skrócona jakakolwiek kolejka lub zostanie uporządkowany jakiś chaos, to jest to nieprawda. Absolutnie nie możemy się zgodzić z tym, co państwo mówią, bo fakty przeczą państwa słowom. A teraz, szczegółowo.

Całkowicie pominęli państwo w swoich pracach kwestię szpitali geriatrycznych. W Katowicach od 50 lat działa Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II. Jest pierwszym w Polsce szpitalem specjalistycznym, który ma największe doświadczenie w kompleksowym leczeniu i diagnozowaniu chorób osób starszych. Mam więc pytanie, jakimi przesłankami kierowano się przy pozbawieniu geriatrii oddzielnego finansowania i w konsekwencji wrzuceniu jej do jednego worka rozliczeniowego z interną. Czy pozbawiając geriatrię oddzielnego finansowania wzięto pod uwagę fakt, że specjalistyczne leczenie geriatryczne jest tańsze od leczenia osób starszych na oddziałach internistycznych? W jaki sposób Ministerstwo zamierza chronić takie placówki jak wymieniony wcześniej Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach i jak chce uchronić ten szpital przed likwidacją? W jaki sposób projektodawcy planują zabezpieczyć optymalne warunki leczenia pacjentów geriatrycznych w obliczu realnej dezorganizacji będącej następstwem likwidacji palcówek geriatrycznych, które nie zostaną zakwalifikowane do projektowanej sieci szpitalnej?

Tyle o geriatrii. Chcę się jeszcze upomnieć – korzystając, że jestem przy głosie – o odpowiedź na pytanie, które padło jako pierwsze, zadane ze strony Chorzowskiego Centrum Pediatrii i Onkologii. Pytanie – przypomnę – dotyczyło tego, jak zabezpieczyć szpitale pediatryczne przed łączeniem ich w irracjonalny sposób…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, dziękuję…

Poseł Ewa Kołodziej (PO):

Są jeszcze na sali chętni do zadania pytań. Chciałabym porosić, żeby też oddać głos gościom.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Im krócej my będziemy mówić, tym dłużej będą mówić goście, ale ta zasada musi zostać dopełniona. Pan poseł Kamysz. Przygotowuje się pani poseł Kaczorowska. Przypominam o dyscyplinie czasowej.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, po pierwsze, prośba o przesłanie całej prezentacji do wszystkich uczestników dzisiejszego posiedzenia Komisji.

Druga sprawa, którą już podjął pan poseł Marek Sowa, to wątpliwości premiera Gowina. Pan minister mówił o szumie medialnym, o tym, że opozycja wypowiada się w mediach na ten temat, trudno jednak nie mieć wątpliwości, jeżeli minister Radziwiłł nie był w stanie przekonać swego wicepremiera do tej reformy. To jest pierwszy raz, kiedy zdanie odrębne w trakcie tej kadencji zgłasza minister tego rządu. Sprawa jest autentycznie bardzo poważna, również z powodów politycznych. Nie można obok tego przejść obojętnie, a brak dzisiaj obecności ministra Radziwiłła jest karygodny. On powinien na to pytanie odpowiedzieć jako pierwszy, dlaczego nie potrafi przekonać swojego wicepremiera.

Kolejna sprawa, to nocna i świąteczna pomoc. Czy analizowaliście, w jaki sposób szpitale są przygotowane logistycznie, lokalowo do prowadzenia nocnej i świątecznej pomocy? Czy są przygotowane na wypłaty dodatkowych wynagrodzeń dla swoich pracowników i zatrudnienie nowych pracowników w tym celu, bo kto to będzie robić? Czy kolejny raz lekarz rezydent będzie wezwany z oddziału i będzie po nocy przyjmować pacjentów?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie pośle. Szanowni państwo, proszę słuchać ministra Kamysza, bo mądrze prawi.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Bardzo dziękuję. Czy znów lekarz rezydent będzie przyjmować w szpitalu opiekując się pacjentami na oddziale, konsultując w izbie przyjęć i jeszcze w ramach nocnej i świątecznej pomocy?

W jednym zgadzam się również panią poseł Anną Czech z PiS-u, że to prawda, były takie sytuacje, że częściowo prywatni inwestorzy „wybierali wisienki na torcie", jak można powiedzieć, czyli wybierali specjalizacje najlepiej punktowane, ale nie zgadzam się z tym, że w sieci chodzi o pacjenta. Może chodzi o kasę pacjenta, bo nikt tak nie straci na tej zmianie, jak pacjent. Jeżeli bowiem straci możliwość pójścia w ramach NFZ do bardzo dobrego szpitala, to w wielu wypadkach będzie musiał iść prywatnie, będzie bowiem wybierać najlepszych. Nic tak nie wywinduje stawek w prywatnej służbie zdrowia, jak sieć szpitali. I po to była ta zmiana, żeby zwiększyć nakłady PKB na służbę zdrowia, ale nie z budżetu państwa, szanowni państwo, tylko z kieszeni pacjenta. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Doświadczenie pracy w rządzie pozwala nam wspólnie dostrzegać ten problem. Pani poseł Kaczorowska, proszę bardzo.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Panie ministrze, mam pytanie w kontekście wielkiej troski moich przedmówców o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, co z nią będzie. Mam takie pytanie, czy prawdą jest, że 67% tej opieki pozostaje do konkursowego ofertowania, i czy prawdą jest, że…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Prawdą.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

No właśnie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To już pani uzyskała odpowiedź. Czy możemy dalej? Senator Grodzki.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

…i czy prawdą jest, że obecny system zakłada powierzenie budżetu dla POZ właśnie dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję pani poseł. Senator Grodzki.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo panie przewodniczący. Panie ministrze, panie i panowie posłowie, dorobiliśmy się systemu, w którym szpital ma przychody zależne od liczby leczonych. Lepiej by było, żeby miał i z liczby leczonych i z jakości leczenia, ale w tej chwili likwidujemy jedno i drugie. Niech państwo to sobie wyobrażą. Czy naprawdę nie zdajemy sobie sprawy z tego, że przy ryczałtowym systemie – w PRL-u opisywanym „czy się stoi, czy się leży dwa tysiące się należy" – dyrektor może zwołać zebranie i powiedzieć załodze „słuchajcie, mamy określoną liczbę pieniędzy, więc oszczędzamy koszty". A największe koszty, to pacjent. Odpychamy tego pacjenta od siebie generując kolejki poza szpitalem.

Ja rozumiem, że to nie jest wina pana ministra, że nie pracował w szpitalu, ani pana ministra Gryzy, że jest inżynierem po politechnice, ale samochody naprawia mechanik, zegarki zegarmistrz, a szpitalnictwo będzie naprawiać lekarz rodzinny i inżynier. To nie jest źle, bo może państwo mają wiedzę, ale na ponad 300 uwag fachowców uwzględniono zaledwie 7, i to nie bardzo istotnych.

Przechodząc do pytań, żeby oszczędzić czas. Ile szpitali dokładnie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie senatorze, naprawdę mamy kilka minut.

Senator Tomasz Grodzki:

Ostatnia sekunda. Pan minister podał typowy szpital drugiego stopnia zabezpieczenia. Załóżmy, że ma w tej chwili kontrakt rzędu 50 mln zł. Pytanie, ile będzie mieć ryczałtu po tej reformie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, jeszcze ja mam kilka pytań do pana ministra. Będziemy prosić o odpowiedzi na piśmie na większość z tych pytań, niestety, bo większość z nich była bardzo precyzyjna. Ja zacznę od próśb, a potem przejdę do pytania.

Panie ministrze – mamy dzisiaj środę 22 lutego – myślę, że termin poniedziałkowy nie jest zbyt odległy, abyśmy zobowiązali pana jako Komisje do przedstawienia nam uczciwego OSR-u i listy szpitali, które, według wiedzy Ministerstwa Zdrowia, znajdą się poza siecią szpitali. To jest kluczowa odpowiedź… Panie przewodniczący, spokojnie. Czekałem na swój głos. Wszyscy się wypowiedzieli, pan także już mówił. Ja wiem, że pan musi powiedzieć jedno zdanie. Niewiele to zmieni w tej sytuacji, bo rozmawiamy o sieci szpitali. Panie ministrze, czy mógłby pan skupić się jeszcze przez moment, bo ja mam kilka próśb.

Prosimy o przedstawienie do poniedziałku Komisji Zdrowia listy szpitali, które, w ocenie resortu, na podstawie kryteriów, o których pan tak szczegółowo mówił, znajdą się poza siecią szpitali. Poniedziałek wydaje się terminem odpowiednim. Ja, oczywiście, zwrócę się w tej sprawie także na piśmie. To jest rzecz kluczowa, panie ministrze.

Mam wrażenie, po tej naszej dwu czy trzygodzinnej rozmowie, że Ministerstwo kompletnie nie ma analizy dotyczącej tego, które szpitale w sieci się znajdą, a które nie. I dlatego zostawiono zapis, że minister może szpital ręcznie włożyć – przepraszam za to sformułowanie – do sieci szpitali, że gdy będą wybuchać poszczególne „wulkany”, to tu, to tam, to będziecie to dopychać palcem. Wylatuje geriatria. Tak naprawdę nie macie żadnego pomysłu na nocną i świąteczną opiekę lekarską. Czy chcecie Polakom powiedzieć, że będzie lepiej, gdy wszyscy przyjdą na SOR – ten z biegunką, ten z udarem i ten z zawałem?

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Czy dopuści mnie pan do głosu, czy nie..?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dopuszczę…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

…bo liczba opinii wypowiadanych tutaj na temat tego projektu jest po prostu żenująca.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Dopuści pan mnie do głosu, czy nie?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, panu role się pomyliły. Pan jest od odpowiadania na pytania, nie od komentowania. I proszę wysłuchać tych pytań…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Jednak prezentowane tutaj opinie są takie, że po prostu trzeba się do nich…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę o ciszę. Za chwilę udzielę panu głosu i odniesie się pan do tego. I proszę o spokój. Ja wiem, że jest nerwowo, bo nie wiecie, co powiedzieć. Czy chcecie powiedzieć Polakom, że będzie lepiej, jeśli wszyscy przyjdą na SOR – pacjenci z biegunką, gorączką, grypą, niemowlę, staruszek i po wypadku? Chcecie zmniejszyć kolejki…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie na SOR-y.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeśli pan pozwoli, to ja teraz będę mówić, a pan będzie słuchać. Za chwilę zamienimy się rolami.

Czy chcecie powiedzieć Polakom, że znikną kolejki wtedy, kiedy zmniejszycie liczbę szpitali? Czy chcecie powiedzieć, że szpitale będą lepiej pracować, jeśli będą mieć płaconą stałą

stawkę niezależnie od tego, ilu pacjentów przyjęli i w jakiej jakości? Nie. Powodujecie bałagan dużo większy niż zrobił Szyszko z drzewami, bo robicie ustawę, w której pacjent nie będzie wiedzieć, gdzie ma pójść. Szpitale będą odsyłać pacjenta do innego szpitala, bo nie mają żadnego interesu w przyjęciu tego pacjenta, na podstawie tej ustawy. W nocy pacjenci będą biegać między stacją pogotowia ratunkowego a szpitalem, który będzie ich odpychać niewiadomo gdzie. Taki system budujecie. Opamiętajcie się, bo jedziecie na oślep. Po dzisiejszym posiedzeniu Komisji to wiem. Nie macie pojęcia, jakie skutki niesie ta ustawa. Dzisiaj w obronie pacjenta trzeba to powiedzieć na głos – jedziecie na oślep. I ta ustawa dlatego była zablokowana przez Gowina, dlatego było votum separatum, że Gowin był w rządzie i wie, czym to grozi. Tak samo wie o tym Sośnierz, i wszyscy, którzy znają ten system. Widzą, że jest to ustawa, która, tak naprawdę, sparaliżuje system i zdemoluje polskie szpitale. Bardzo proszę, panie ministrze.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Pozwoli pan, panie ministrze, jeszcze jedno zdanie. Panie przewodniczący, niepotrzebnie wprowadza pan w politykę, krzyczy i straszy pacjentów. Po pierwsze, będziemy na ten temat…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ponieważ drzewa nie potrafią krzyczeć…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Na temat sieci szpitali będziemy jeszcze dyskutować za dwa tygodnie, kiedy ta ustawa trafi do Sejmu. Będziemy mogli rozmawiać o tych wszystkich rzeczach, o których pan mówił. To, po pierwsze.

Po drugie, przypominam panu, że do czasu wprowadzenia aneksowania przez pana, było kontraktowanie i to wszystko, co nie znajdzie się w sieci szpitali, będzie mogło być zakontraktowane…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To miało być jedno pytanie, panie przewodniczący…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Naprawdę, państwo skupili się w tej dyskusji na sprawach, które można spokojnie wyjaśnić. Ta ustawa jest trudna, ma też swoje zagrożenia, ale nikt z państwa o to nie pytał…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

To pokazuje, że państwo jej po prostu nie przeczytali.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, pan już dzisiaj głos zabierał. Prosił pan o jedno zdanie, udzieliłem panu głosu. To nie było jedno zdanie. Bardzo proszę, panie ministrze. A odnośnie do tego, że rozmawiamy dzisiaj o tym w tak gorącej atmosferze, panie przewodniczący Latos, różnica między pacjentami a drzewami jest taka, że drzewa nie umieją mówić, a my będziemy mówić w imieniu pacjentów…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Niech pan nie mówi w imieniu pacjentów.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, panie ministrze.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Panie przewodniczący, przepraszam, ja w kwestii formalnej.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie udzielałem pani głosu…

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Właśnie o to chodzi…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Udzieliłem głosu ministrowi…

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):
Zgłosiłam się do zabrania głosu na początku posiedzenia Komisji. Minęły dwie godziny, panie przewodniczący. Ja tylko proszę pana, i apeluję…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Bardzo proszę. Jeśli została pani przegapiona na liście, to bardzo proszę…

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):
… żebyśmy prowadzili dialog i mogli rozmawiać i dzielić się uwagami. Bardzo bym prosiła, żeby pan prowadził posiedzenie Komisji tak, jak należy je prowadzić, a nie nadużywał funkcji przewodniczącego Komisji. Ponieważ nie ma czasu, ja swój czas oddaję panu ministrowi, ale bardzo pana proszę, żeby równo pan traktował wszystkich posłów.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Wydaje mi się, że trudno będzie pani uzasadnić to, że nie traktuję wszystkich równo na posiedzeniu Komisji. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:
Panie przewodniczący, pan przedstawił pewną ocenę, która zgadza się, ale z rzeczywistością obecną. Wszystkie cechy, jakie pan wymienił, dotyczą systemu obecnego. To dzisiaj na SOR jest taka sytuacja, o jakiej pan powiedział. To dzisiaj są dokładnie te problemy, o jakich pan powiedział. I pan z tego doskonale sobie zdaje sprawę, bo to przecież pan aneksował…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Proszę odpowiadać na pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:
Odpowiedziałem na pytanie. I ten głos musi zabrzmieć, że te wszystkie cechy, jakie wymienił pan przewodniczący, dotyczą systemu obecnego, a my od tego systemu chcemy odejść.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Jeśli to jest pana odpowiedź, to bardzo dziękuję za wyczerpującą odpowiedź. To świadczy o tym, jak ta ustawa jest przygotowana…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:
A OSR…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Zamykam posiedzenie Komisji.

Poseł Tomasz Latos (PiS):
Co to jest, panie przewodniczący? Zadaje pan pytania w próżnię?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Jeśli pan pozwoli. Sam pan doskonale wie, że mamy tę salę do godziny 13.00. Przypominałem o tym…

Poseł Tomasz Latos (PiS):
Pan przeciągnął zadawanie pytań, żeby minister nie mógł odpowiedzieć.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Czy może pan dopuścić mnie do głosu? Pan minister skończył swoją odpowiedź. Zapytałem, czy skończył. Skończył.

Zamykam posiedzenie Komisji.